



Universitat Ramon Llull

TESIS DOCTORAL

Título: Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con cáncer

Realizada por: Patricia Martí Augé

en el Centro: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull

y en el Departamento: Psicología

Dirigida por: Dra. Carme Solé Resano y Dra. Melissa Mercadal-Brotons

Universitat Ramon Llull
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

TESIS DOCTORAL

**EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA
EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES CON CÁNCER**

Patricia Martí Augé

Directoras:

Dra. Carme Solé Resano

Dra. Melissa Mercadal-Brotons

Octubre, 2015

A Àlex y Arnau

Agradecimientos

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han participado en estos programas de musicoterapia, por su confianza e implicación en este proyecto, de quienes he aprendido y con quienes he compartido momentos de música y emociones...

Quiero dar especialmente las gracias a las dos directoras de la tesis. A la Dra. Melissa Mercadal-Brotons y a la Dra. Carme Solé, por su paciente acompañamiento y asesoramiento a lo largo de todos estos años.

Querría extender este agradecimiento a la Fundació Oncolliga, y muy especialmente a mi compañera Núria Ferrer, por su apoyo constante y por esos largos momentos de escucha serena y comprensión, y a Eulàlia Castells, cuyo sentido del humor ha sido un buen bálsamo durante toda esta etapa. También quiero expresar mi gratitud a la Dra. Marisa De Cáceres, por empezar a creer en mí y en la musicoterapia hace ya 20 años, y por haber dado todo su apoyo para iniciar y desarrollar el programa de musicoterapia en esta fundación.

Deseo recordar también a esos otros profesionales que han mostrado su entusiasmo por esta disciplina y han contribuido a impulsar y llevar a cabo este proyecto: la Dra. Sonia Fuentes, la Dra. Mila Bárez, Magda Ciendones, Imma Collet, así como el Dr. David Páez y la Dra. María Tobeña. Asimismo, quiero dar las gracias a Rosi Gámez y a Cristina Puyal, quienes me han ayudado a nutrir esta tesis con artículos, conocimientos y gestión de la información, y han hecho más fácil este camino.

Muchas gracias a mi familia, por respetar esa mesa del comedor repleta de documentos y libros durante tantas semanas y meses... A Àlex y Arnau, por su dulzura, ánimos y comprensión. A Quico, por los años de respeto y aliento a mi vocación, y por ese apoyo logístico que ha sido imprescindible para poderme dedicar a este proyecto. A mi padre, por haber alimentado en mí la curiosidad y el placer de aprender, y por haberme mostrado el valor del esfuerzo, la perseverancia y el gusto por el trabajo bien hecho. A mi madre, por transmitirme esa delicada sensibilidad. A mis suegros y “hermanos”, por sus ánimos y por su respeto.

A Judith por estar siempre ahí, y por cuidarme de manera especial.... Y a todas mis Amigas y Amigos, por animarme y entender cada una de mis ausencias.

Un agradecimiento muy cariñoso y especial a la Dra. Catherine Clancy, compañera de vocación, por su gran corazón, humildad y profesionalidad, y por todo su apoyo en esta etapa.

Y quiero finalizar expresando nuevamente las gracias a Melissa, a quien admiro profundamente en el plano personal y profesional, por su generosa dedicación a este proyecto, por alentarme cariñosamente, por su acompañamiento sereno, y por respetar mis distintos tempos a lo largo de todo este proceso...

Barcelona, Octubre 2015

RESUMEN

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que resulta invasiva, amenazadora y que genera altos niveles de estrés en el enfermo, en las diferentes fases del proceso de enfermedad. En la actualidad, y paralelamente a los tratamientos oncológicos convencionales, se recomiendan otras opciones terapéuticas entre las que se encuentra la musicoterapia. En este contexto, la presente tesis doctoral ha tenido como objetivo evaluar el efecto de un tratamiento de musicoterapia en el estado anímico y en la calidad de vida de pacientes afectados de cáncer. Esta evaluación se ha centrado en observar el efecto de un programa de musicoterapia en grupo después de ocho sesiones de tratamiento así como después de cada sesión. Además, se ha pretendido conocer la valoración de este programa por parte de los pacientes participantes.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica sobre el tema, a fin de exponer un marco teórico actualizado acerca de algunos aspectos de la musicoterapia oncológica. A continuación, se llevó a cabo un estudio con una muestra de 22 sujetos con diagnósticos oncológicos heterogéneos y se analizó la variable estado anímico a nivel de pre- y post-tratamiento. Además, se comparó el efecto de esta intervención en el nivel de ansiedad y tristeza de los pacientes antes y después de cada sesión semanal de 90 minutos. Posteriormente, se decidió desarrollar un nuevo estudio y analizar las variables estado anímico y calidad de vida en el análisis pre-y post-tratamiento. La muestra de sujetos estaba configurada por 18 enfermos diagnosticados de cáncer colorrectal. También se añadió el ítem malestar físico para comparar el efecto del tratamiento antes y después de cada sesión. Finalmente, se implementó un programa de musicoterapia dirigido a otro perfil de pacientes con cáncer: ocho mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, con el tratamiento oncológico activo ya finalizado, y en fase de supervivencia. Este tercer estudio presentaba el mismo diseño de programa que el anterior.

El análisis cuantitativo de los resultados pre- y post-tratamiento de la variable estado de ánimo muestran una disminución de las puntuaciones en la mayoría de subescalas, que debe interpretarse como una mejora del malestar emocional, si bien no alcanza significación estadística de igual manera en los tres estudios. En el caso de dos subescalas, los resultados no son consistentes entre estos estudios, de modo que en algunos casos muestran empeoramiento y en otros mejora del síntoma. Respecto a la variable calidad de vida, ésta refleja un cambio estadísticamente significativo

únicamente en la dimensión emocional y en solo uno de los dos estudios en los que ha sido analizada.

Por otra parte, el análisis de resultados obtenidos en el pre- y post-sesión expone una total concordancia entre los tres estudios, mostrando un cambio y mejora estadísticamente significativos en todas las variables. Este tipo de medida, recogida a nivel inmediato en el momento antes y después de finalizar la sesión, parece ser más sensible para detectar malestar y mejora emocional que los otros tests y mediciones a nivel de pre- y post-tratamiento.

El análisis cualitativo ha aportado interesante información sobre la percepción y valoración del programa de musicoterapia por parte de los participantes, y ha revelado un alto grado de utilidad y satisfacción con el mismo.

Esta tesis ofrece resultados de tres estudios con limitaciones, que deben considerarse como preliminares y que permiten apuntar recomendaciones de mejora para futuras investigaciones. Las conclusiones generales muestran la necesidad de incorporar muestras con sujetos que presenten un mayor nivel de malestar clínico, a ser posible detectado por instrumentos de screening de malestar emocional, para poder observar con más claridad el efecto del tratamiento. Aumentar el tamaño de las muestras para poder generalizar los resultados, configurar grupos con muestras más homogéneas en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas, y aumentar la frecuencia de la intervención serían otras de las recomendaciones.

Los aspectos abordados en esta tesis, así como los resultados analizados, han llevado a reflexionar sobre la importancia de ofrecer este tipo programas de apoyo, a través de una intervención de musicoterapia, a las personas diagnosticadas de cáncer, tanto en la fase de tratamiento como de supervivencia.

Palabras clave:

musicoterapia, tratamiento de grupo, cáncer, cáncer colorrectal, cáncer de mama, supervivientes, estado anímico, calidad de vida

RESUM

El càncer és una malaltia invasiva, amenaçadora i que genera un nivell alt de distrès en el malalt durant les diferents fases del procés oncològic. Actualment, i paral·lelament als tractaments oncològics convencionals, es recomanen als malalts d'altres opcions terapèutiques, entre les quals es troba la musicoteràpia. En aquest context, aquesta tesi doctoral té com a objectiu avaluar l'efecte d'un tractament de musicoteràpia sobre l'estat anímic i la qualitat de vida de pacients afectats de càncer. Aquesta avaluació s'ha centrat en observar l'efecte d'un programa de musicoteràpia de grup després de vuit sessions de tractament, així com després de cada sessió. També s'ha volgut conèixer la valoració d'aquest programa per part dels pacients participants.

En primer lloc, es va dur a terme una revisió de la literatura científica sobre el tema, per tal d'exposar un marco teòric actualitzat sobre alguns aspectes de la musicoteràpia oncològica. A continuació, es va dur a terme un estudi amb una mostra de 22 subjectes amb diagnòstics oncològics heterogenis, i es va analitzar la variable estat anímic a nivell de pre- i post-tractament. A més, es va comparar l'efecte d'aquesta intervenció sobre el nivell d'ansietat i tristor dels pacients abans i després de cada sessió setmanal de 90 minuts. Posteriorment, es va decidir desenvolupar un nou estudi i examinar les variables estat anímic i qualitat de vida a l'anàlisi del pre- i post-tractament. La mostra de subjectes estava configurada per 18 malalts diagnosticats de càncer colorrectal. També es va afegir l'ítem malestar físic per comparar l'efecte del tractament abans i després de cada sessió. Finalment, es va implementar un programa de musicoteràpia adreçat a un altre perfil de pacients amb càncer: vuit dones diagnosticades de càncer de mama, amb els tractaments oncològics actius ja finalitzats, i en fase de supervivència. Aquest tercer estudi presentava el mateix disseny que el programa anterior.

L'anàlisi quantitativa dels resultats pre- i post-tractament de la variable estat d'ànim mostra una disminució de les puntuacions a la majoria de subescales, fet que es pot interpretar com una millora del malestar emocional, tot i que no obté significació estadística de la mateixa manera a cadascun dels tres estudis. En el cas de dues subescales, els resultats no són consistents entre aquests estudis, mostrant empitjorament del símptoma en alguns casos i millora en d'altres. Respecte a la variable qualitat de vida, aquesta reflecteix un canvi estadísticament significatiu únicament a la dimensió emocional, i en només un dels dos estudis en què ha estat analitzada.

Per altra banda, l'anàlisi de resultats obtinguts en el pre- i post-sessió exposa una total concordança entre els tres estudis, mostrant un canvi i millora estadísticament significativa a totes les variables. Aquest tipus de mesura, recollida a nivell immediat de l'inici i finalització de la sessió, sembla ser més sensible per detectar malestar i millora emocional que els altres tests i tipus de mesures a nivell de pre- i post-tractament.

L'anàlisi qualitativa ha aportat informació interessant sobre la percepció i valoració del programa de musicoteràpia per parte dels participants, i ha permès constatar un grau elevat d'utilitat i satisfacció amb el mateix.

Aquesta tesi presenta resultats de tres estudis que tenen les seves limitacions: cal considerar-los com a estudis preliminars que permeten apuntar recomanacions de millora per a futures investigacions. Les conclusions generals emfatitzen la necessitat d'incorporar mostres amb subjectes amb un nivell de malestar clínic més elevat, que pugui ser detectat mitjançant instruments de screening de malestar emocional, per tal de poder observar amb més claredat el possible efecte del tractament. D'altres recomanacions serien augmentar la mida de les mostres per poder generalitzar els resultats, així com configurar grups amb mostres més homogènies quant a variables sociodemogràfiques i clíniques, i augmentar la freqüència de la intervenció.

Els aspectes abordats en aquesta tesi, així com els resultats analitzats, han portat a reflexionar sobre la importància d'oferir aquest tipus de programes de suport amb una intervenció de musicoteràpia, a les persones diagnosticades de càncer, tant a la fase de tractament com de supervivència.

Paraules clau:

musicoteràpia, tractament en grup, càncer, càncer colorrectal, càncer de mama, supervivents, estat anímic, qualitat de vida

ABSTRACT

Cancer is a disease that is invasive, threatening and that generates high levels of distress for the patient in the different stages of the disease's process. At present, and alongside conventional cancer treatment, other therapeutic options are recommended, including music therapy. In this context, the objective of this doctoral thesis was to evaluate the effect of a music therapy treatment on mood and quality of life of patients suffering from cancer. Evaluation was based on observation of the effect of a group music therapy programme after eight sessions of treatment and after each treatment session. In addition, the study sought to find out how the participants valued this programme.

Firstly, a review of scientific literature was undertaken in order to display last findings within a theoretical framework of some issues of oncologic music therapy. Afterwards, a study was carried out with a sample of 22 subjects with heterogeneous cancer diagnoses, and the variable of mood was analysed pre- and post-treatment. The effect of this intervention on patients' anxiety and sadness was compared before and after each weekly session of 90 minutes. Subsequently, a new study was carried out in which the variables of mood and quality of life were analysed pre- and post-treatment. The sample consisted of 18 patients diagnosed with colorectal cancer. Physical discomfort was also added as an item in order to compare the effect of treatment before and after each session. Finally, a music therapy programme was applied to another profile of cancer patients, which consisted of eight women diagnosed with breast cancer, having completed the active oncological treatment, and in the survival phase. This third study had the same design as the previous programme.

Quantitative analysis of the pre- and post-treatment results of the mood variable shows a decline in scores on most subscales, which is interpreted as an improvement in emotional distress, although without statistical significance in the same way in the three studies. For two subscales, the results are not consistent across the studies, showing a worsening of the symptom in some cases and an improvement in others. Regarding the quality of life variable, a statistically significant change only arises in the emotional dimension and in only one of the two studies in which it has been analysed.

However, analysis of the results obtained pre- and post-session presents complete concordance between the three studies, showing statistically significant change and improvement in all the variables. This type of measurement, gathered

immediately before and after the session, appears to be more sensitive in detecting emotional distress and improvement than other tests and measurements at the pre- and post-treatment level.

Qualitative analysis has provided interesting information about the participants' perception and appreciation of the music therapy programme, revealing that it was found very useful and highly satisfying.

This thesis provides results of three studies with limitations. These should be considered as preliminary studies, which allow recommendations to be made for improvements in future research. The overall findings show the need to include samples with subjects who present a higher level of clinical discomfort, possibly detected by instruments for screening for emotional distress, in order to see the effect of treatment more clearly. Other recommendations include increasing in the sample size in order to generalize the results, configuring groups with greater homogeneity in terms of socio-demographic and clinical variables, and increasing intervention frequency.

The issues addressed in this thesis, and the results analysed, have led to a reflection on the importance of providing support programmes of this type, through a music therapy intervention, for people diagnosed with cancer, both in the treatment phase and in the survival phase.

Keywords:

music therapy, group treatment, cancer, colorectal cancer, breast cancer, survivors, mood, quality of life

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Motivación personal	3
1.2. Justificación de la investigación	3
1.3. Propósito de la investigación	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Cáncer	9
2.2. Cáncer, distrés emocional y soporte psicológico.....	10
2.3. Musicoterapia	12
2.3.1. Concepto de Musicoterapia	12
2.3.2. Musicoterapia en Medicina	14
2.3.3. Musicoterapia en Oncología.....	16
2.3.4. Musicoterapia, Estado Anímico y Calidad de Vida	20
3. OBJETIVO E HIPÓTESIS	23
3.1. Objetivos.....	25
3.2. Hipótesis	26
4. MÉTODO	29
4.1. Muestra	31
4.2. Diseño	32
4.3. Instrumentos	34
4.4. Procedimiento	40
4.5. Programa y Sesiones de Musicoterapia	41
4.6. Aspectos éticos	43
4.7. Análisis estadístico	44

5. RESULTADOS: COPIA DE LAS PUBLICACIONES	47
5.1. Artículo 1	51
<i>"La Musicoterapia en oncología"</i>	
5.2. Artículo 2 – Estudio 1	61
<i>"Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer: Un estudio piloto."</i>	
5.3. Artículo 3 – Estudio 2	91
<i>"Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer colorrectal."</i>	
5.4. Artículo 4 – Estudio 3	117
<i>"Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama."</i>	
6. DISCUSIÓN	143
7. CONCLUSIONES	161
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
9. ANEXOS	187
Anexo I. Hoja de Información al Paciente	189
Anexo II. Consentimiento Informado.....	191
Anexo III. Hoja de Observación y Registro de Conductas.....	193
Anexo IV. Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia	195

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Motivación personal

1.2. Justificación de la investigación

1.3. Propósito de la investigación

1.1. Motivación personal

Este trabajo nace de mi formación y experiencia profesional desarrollada como musicoterapeuta y psicooncológica en los últimos 20 años. Mi primer contacto con el colectivo oncológico en el año 1994 fue en el *Miami Children's Hospital* (Florida, EEUU), un país pionero en este tipo de intervenciones. Desde entonces he estado vinculada a la musicoterapia y a la psicooncología tanto a nivel hospitalario como de centros clínicos y asociaciones. Actualmente, el día a día profesional en *Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica* me permite llevar a cabo un trabajo asistencial directo y continuado con enfermos oncológicos.

El hecho de implementar programas de musicoterapia con personas afectadas de cáncer, así como mi tarea profesional como psicooncológica, me ha llevado a profundizar y especializarme progresivamente en esta disciplina. Tratar de acompañar a personas con cáncer durante su proceso de enfermedad, y ofrecerles apoyo psicológico mediante la música, ha sido una de las principales tareas desarrolladas en mi praxis profesional. Ello me ha ido motivando progresivamente a tomar la decisión de llevar a cabo un estudio sobre esta materia, que se recoge en esta tesis doctoral.

En el marco de esta tesis, y con el apoyo de la *Fundació Oncolliga*, se han implementado programas de musicoterapia en cuatro hospitales: el *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol – Can Ruti* y el *Hospital Municipal de Badalona (ICO Badalona)*, así como el *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* y el *Hospital del Mar – Parc de Salut Mar*, de Barcelona. Como se verá en el despliegue de esta tesis, los artículos aquí compilados hacen referencia a tres de ellos.

1.2. Justificación de la investigación

La musicoterapia es una disciplina que ha mostrado su efectividad en el contexto oncológico. Es un tratamiento que permite ofrecer un apoyo a nivel integral, y cubrir un

1. INTRODUCCIÓN

amplio espectro de necesidades de la persona enferma de cáncer. La finalidad de esta tesis es evaluar la influencia de un programa de musicoterapia en el estado anímico y en la calidad de vida de pacientes con cáncer.

El cáncer suele comportar un distrés emocional y, aunque es una respuesta reactiva normal en este contexto, puede desencadenar en trastornos psicopatológicos. Las intervenciones psicológicas van dirigidas a paliar el malestar emocional, entre otros aspectos, y la musicoterapia puede realizar interesantes aportaciones en este ámbito. La música tiene un impacto inmediato en el estado psicológico de las personas: puede modular el estado anímico, evocar reacciones emocionales asociadas a experiencias pasadas, puede también ayudar a reconducir la atención de un estímulo estresante hacia un estímulo musical positivo, entre otros aspectos. Diferentes estudios han mostrado la eficacia de la música como catalizador de emociones y como recurso para mejorar el estado anímico de enfermos con cáncer. En el contexto de la musicoterapia oncológica, este último es un objetivo terapéutico de intervención muy frecuentemente formulado y abordado.

La musicoterapia cuenta con técnicas de musicoterapia de tipo activo y receptivo que permiten ayudar a trabajar la dimensión emocional de las personas, como cantar, tocar instrumentos musicales, escuchar audiciones, la relajación acompañada de música o la música y movimiento, entre otras. Ellas pueden facilitar la expresión emocional, la focalización de la atención en la música para distraer de pensamientos negativos o preocupaciones, aumentar la interacción social o promover estados de relajación. Además, estas estrategias pueden ayudar a disminuir niveles de ansiedad, de tristeza y/o el malestar físico.

Existen evidencias de que tanto la enfermedad en sí como los tratamientos oncológicos pueden alterar la calidad de vida. El aumento de los índices de cronicidad y supervivencia, junto con el creciente interés por estudiar esta variable en los enfermos con cáncer ha propiciado el desarrollo de programas de intervención psicológica a fin de facilitar la recuperación y adaptación a la vida cotidiana de las personas y disminuir así sus niveles de distrés emocional. Estos programas, dirigidos a paliar muchas de las necesidades emocionales y sociales, entre otras, suponen frecuentemente un aumento significativo de su calidad de vida y de su bienestar general. La musicoterapia ha ido

1. INTRODUCCIÓN

también en esta línea y ha desarrollado estudios para valorar la influencia de este tipo de tratamiento en la calidad de vida de los participantes.

En el momento de plantear las variables de estudio de esta investigación, y revisando la literatura sobre musicoterapia, se tomó la decisión de elegir el término “estado de ánimo” para la misma. Varias han sido las razones que han llevado a optar por este término. La primera de ellas, y tal y como se describirá y comentará en el marco teórico, se trata de un término que ha sido estudiado en numerosos trabajos de investigación en el contexto de la musicoterapia en medicina. Además, la revisión Cochrane de musicoterapia en oncología recoge el término “mood” como variable dependiente en varios estudios analizados. Existen trabajos previos de tesis doctorales, a las que también se hará referencia en el marco teórico y discusión de esta tesis, que lo han utilizado en sus investigaciones. Esta variable ha sido medida en la presente investigación mediante un test que lleva este término: el Perfil de los Estados de Ánimo.

Si se revisan las publicaciones desarrolladas en el campo de la psicooncología, se puede observar que los términos “estado de ánimo” y “estado emocional” no aparecen de manera tan frecuente como el término “distrés”, “distrés emocional”, “malestar emocional” o incluso términos más específicos como “ansiedad” y “depresión”. Algún autor habla de “estado afectivo”, pero no aparece tan frecuentemente mencionado así ni en revistas ni en libros de psicooncología. En este trabajo de tesis se ha considerado preferible utilizar un término más neutro, que no polariza el estado del paciente ni hacia el bienestar emocional ni hacia el malestar emocional o distrés y siguiendo así también la línea de investigación ya desarrollada previamente por otros trabajos de musicoterapia.

Con respecto a la segunda variable a investigar, la calidad de vida, muchos son los estudios del campo de la psicooncología que la analizan. La musicoterapia también la considera y la incluye frecuentemente como variable de estudio, de modo que también ha sido incluida en esta tesis doctoral. La calidad de vida es un constructo multidimensional. La multidimensionalidad es una de las características terapéuticas de la música. Y por este motivo, ha sido elegida también como objeto de estudio.

Otra de las finalidades de esta investigación es implementar un programa de musicoterapia en grupo con enfermos diagnosticados con el mismo tipo de cáncer. Se ha elegido el colectivo de pacientes con cáncer colorrectal, dada la escasez de estudios

1. INTRODUCCIÓN

publicados sobre este tipo de cáncer tanto en el ámbito de la psicooncología como en el de la musicoterapia. Asimismo, y dada la cronicidad de esta enfermedad, se ha estimado interesante poder llevar a cabo un programa de estas características con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en fase de supervivencia. El objetivo de estos estudios es aportar datos preliminares a partir de los que ir posteriormente desarrollando nuevos estudios.

En la actualidad, la mayoría de estudios sobre musicoterapia en oncología han sido publicados en países extranjeros, y se dispone de un número todavía limitado de publicaciones sobre esta disciplina y con este colectivo en nuestro país. Esta investigación, y el correspondiente compendio de publicaciones pretende, pues, contribuir al cuerpo teórico científico de la musicoterapia en nuestro país.

1.3. Propósito de la investigación

Esta tesis doctoral tiene como objetivo evaluar el efecto de un tratamiento de musicoterapia en el estado de ánimo y en la calidad de vida de pacientes adultos afectados de cáncer. Esta evaluación se centra en observar el efecto de un programa de musicoterapia en grupo después de ocho sesiones de tratamiento así como después de cada sesión. Además, se pretende conocer la percepción y valoración de este programa por parte de los pacientes participantes. El tratamiento consiste en un programa de musicoterapia de ocho sesiones de 90 minutos de duración, de frecuencia semanal y en formato grupal. Los sujetos participantes corresponden a tres grupos diferentes: un primer grupo de pacientes que presentan diferentes diagnósticos de cáncer, un segundo grupo de pacientes diagnosticados todos ellos de cáncer colorrectal, y un tercer grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en fase de supervivencia. Asimismo, otros de los propósitos de esta tesis son los de dar a conocer los posibles beneficios de la musicoterapia en este colectivo, contribuir al cuerpo teórico-práctico de esta disciplina con nuevas publicaciones en revistas científicas y especializadas, así como iniciar programas piloto de musicoterapia en las unidades de oncología de diversos centros hospitalarios.

2. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Cáncer

2.2. Cáncer, distrés emocional y soporte psicológico

2.3. Musicoterapia

2.3.1. Concepto de Musicoterapia

2.3.2. Musicoterapia en Medicina

2.3.3. Musicoterapia en Oncología

2.3.4. Musicoterapia, Estado Anímico y Calidad de Vida

2.1. Cáncer

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), el término cáncer “engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte del cuerpo. Mientras las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado, la célula cancerosa “olvida” la capacidad para morir y se divide casi sin límite (...). Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales” (Puente, 2015). En la mayor parte de los casos, el tratamiento del cáncer comporta la intervención de diferentes especialidades médicas (cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia etc.).

El cáncer es una de las enfermedades que ha recibido mayor atención en los últimos años. Una de las razones tiene que ver con su creciente incidencia: la estimación de la incidencia es de 222.069 casos en España para este año 2015 (SEOM, 2014), una cifra superior a la de los datos del año 2012, que puede explicarse por el crecimiento de la población y su envejecimiento. En Catalunya, las previsiones de incidencia de cáncer para el año 2020 indican que el número de casos aumentará. Referente al sexo, los varones lo harán en un 22,5% respecto a las cifras del año 2010, con 26.455 nuevos casos. En cuanto a las mujeres, su incidencia aumentará el 24,5%, y pasará a 18.345 casos (Ribes, Esteban, Clèries, Galceran, Marcos-Gragera, Gispert et al., 2014). La supervivencia del cáncer y su cronicidad van también en aumento, gracias a la detección precoz y a los avances obtenidos en las técnicas de diagnóstico y tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

Estas cifras ponen en evidencia la magnitud de esta enfermedad, hecho que ha propiciado un aumento del interés por los aspectos no sólo biomédicos sino también psicosociales del cáncer. Las enfermedades oncológicas suelen conllevar problemas que abarcan diferentes áreas del ser humano, de modo que el cáncer es abordado hoy en día a nivel multidisciplinar, a fin de poder atender así todas las necesidades del enfermo. Cada vez se recomienda más ofrecer un cuidado integral al paciente, lo que significa que los tratamientos médicos convencionales deben combinarse con otras opciones y cuidados no farmacológicos, que reciben el nombre de “Oncología Integrativa”. Barton y Bauer-Wu (2009) la definieron como: “El uso de prácticas de salud complementarias en combinación con los cuidados del cáncer convencionales (cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia biológica), con un énfasis en un cuidado extenso, multidisciplinar y centrado en el paciente” (p.1).

La complejidad del cáncer hace que esta enfermedad trascienda más allá de la problemática médica, y que pueda generar un gran impacto psicológico en el enfermo, e incluso afectar a sus relaciones familiares y sociales (De Cáceres, Ruiz, Germà, & Carlota, 2007). Hoy en día, los aspectos psicológicos y sociales que conlleva esta enfermedad son tenidos en cuenta cada vez más.

2.2. Cáncer, distrés emocional y soporte psicológico

La experiencia del cáncer puede resultar invasiva y amenazadora. El diagnóstico, los procedimientos médicos invasivos y los tratamientos médicos suelen generar altos niveles de estrés en el enfermo, además de los efectos secundarios de los tratamientos. La falta de una etiología clara y la imprevisibilidad del curso y resultado de la enfermedad, puede provocar un alto grado de incertidumbre y pérdida de sensación de control en el paciente (Barreto, Ferrero, & Toledo, 1993). Además, el enfermo suele vivir diferentes pérdidas a nivel físico y psicosocial, y se ve impelido a ir realizando determinados ajustes en su día a día. El ajuste o adaptación psicosocial al cáncer es un proceso continuado, en el que el paciente ha de ir dando respuestas constantes que le permitan ir afrontando las múltiples demandas derivadas de su nueva situación (National Cancer Institute, 2014). Y todo ello puede desencadenar un elevado estado de malestar emocional.

2. MARCO TEÓRICO

La National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2012) desarrolló el concepto de “distrés” para definir esta emoción desagradable que manifiesta un determinado paciente, y que resulta en una experiencia emocional desagradable, de naturaleza multifactorial, que puede incidir en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, e interferir con su capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento (Almanza, Rosario, Silva, & De la Huerta, 2010). Es importante señalar que el distrés, por sí mismo, no constituye un trastorno mental y la enfermedad y tratamiento oncológico por sí mismos tampoco conllevan trastornos psicológicos. No obstante, y en algunos casos, sí puede ocurrir que su persistencia pueda progresar hacia trastornos diversos, como los trastornos adaptativos, que se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios conductuales) en respuesta a un factor externo estresante (Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González et al., 2012). En esta línea, y según la Organización Mundial de la Salud, aquellas personas con enfermedades de curso crónico y degenerativo resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2004). Existe una elevada morbilidad psiquiátrica en los pacientes con cáncer y los trastornos psiquiátricos más frecuentes en estos enfermos son los trastornos adaptativos del estado anímico tales como depresión y ansiedad (Hernández & Cruzado, 2013; Hernández et al., 2012).

El estrés que suele suponer un diagnóstico de cáncer y sus tratamientos, así como el riesgo de presentar malestar emocional, pueden considerarse razones suficientes que justifiquen la implantación de intervenciones psicológicas (Barreto et al., 1993). Es importante responder al amplio espectro de necesidades de los pacientes con cáncer ayudándoles, entre otros aspectos, a adaptarse a las nuevas demandas y cambios corporales, a atender su mundo emocional, a controlar sus pensamientos negativos y disfuncionales, así como a abordar los posibles problemas y dificultades de comunicación y relación. Además, un diagnóstico de cáncer suele generar preguntas sobre el sentido de la vida y de la muerte, y también se hace necesario acompañar a la persona en este proceso de reevaluar su situación en ese momento vital y a ir encontrando las respuestas a cuestiones de carácter espiritual-existencial (Arranz, Barbero, Barreto, Bayés, 2003; Bayés, 2006; Holland & Lewis, 2003). Las intervenciones grupales en oncología han demostrado ser de ayuda para mejorar la

autoestima, la afectividad negativa, facilitar la ventilación emocional, o para compartir las propias vivencias con el grupo, entre otros aspectos (Die Trill, 2014). Una de sus ventajas es la de ofrecer la posibilidad de identificar problemas y encontrar maneras de resolverlos, facilitar lazos y apoyo social. La relación coste-eficacia es otra de ellas. El formato breve y el modelo cognitivo-conductual son dos de las características que aparecen en la mayoría de estudios publicados acerca de la eficacia de grupos terapéuticos en oncología. Los estudios sobre intervención psicológica en cáncer han ido aumentando a lo largo de los años, y han demostrado que este tipo de intervención grupal puede ayudar a mejorar el estado emocional, el ajuste psicosocial, y la calidad de vida de pacientes con cáncer (Bellver, 2007; Die Trill, 2007; Font & Rodríguez, 2004, 2007; González, Montesinos, Eguino, Paredes, Fernández & Yélamos, 2007; Narváez, Rubiños, Gómez, García, & Cortés-Funes, 2008; Pocino et al., 2007; Rodríguez & Font, 2013).

Finalmente, y según señalan Pocino et al. (2007) así como Yélamos y Fernández (2009), las intervenciones de apoyo psicosocial al enfermo con cáncer comportan una actuación profesional que no es exclusiva del campo de la psicooncología sino también de otros ámbitos y especialidades. La musicoterapia es una de las disciplinas que está cada vez más presente en el contexto médico y oncológico, y que ofrece interesantes aportaciones.

2.3. Musicoterapia

2.3.1. Concepto de Musicoterapia

La utilización de la música como recurso terapéutico ha estado presente desde la antigüedad. La relación música-curación ha ido evolucionando según la teoría de la enfermedad predominante en cada tiempo y en cada civilización (Davis & Gfeller, 2000). A finales del siglo XVIII, y con el cambio de enfoque hacia una medicina más científica, la musicoterapia recibió el apoyo de médicos, músicos y psiquiatras que apoyan su utilización en casos de personas con trastornos mentales y físicos. Durante el siglo XIX y primera mitad del XX, la musicoterapia se utilizó regularmente en hospitales y otras instituciones, pero siempre en combinación con otras terapias. Después de la II Guerra Mundial, Estados Unidos pasó a ser el primer país en

2. MARCO TEÓRICO

implementar propiamente programas de musicoterapia en hospitales militares, para ayudar en la rehabilitación de soldados que volvían de la guerra, y los fue progresivamente extendiendo a otro perfil de pacientes con necesidades de tipo físico o psicosocial. A partir de ese momento se dio un aumento de investigaciones en el ámbito de la musicoterapia hospitalaria, al mismo tiempo que se creaban entidades con la misión de desarrollar un currículum estandarizado, regular la profesión y difundir sus aportaciones mediante publicaciones científicas.

La World Federation for Music Therapy (WFMT, 2011) define la musicoterapia como: “...la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra- y/o interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento”.

La American Music Therapy Association (AMTA, 2015), asociación que cuenta con más tradición y desarrollo profesional, aporta también interesantes definiciones sobre esta disciplina: “La utilización clínica y basada en la evidencia de intervenciones musicales para conseguir objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado que ha completado una formación en musicoterapia.”, así como: “La musicoterapia es una profesión sanitaria consolidada que utiliza la música para abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales, cognitivas y espirituales de las personas. Los musicoterapeutas utilizan diferentes técnicas clínicas basadas en la música a fin de mejorar la calidad de vida de las personas en una variedad de enfermedades o discapacidades, y utilizan la música e intervenciones basadas en la música sustentadas en las necesidades y preferencias de los pacientes” (AMTA, 2005, p.11).

La musicoterapia, junto con el arteterapia, la danza movimiento terapia, la dramaterapia, y el psicodrama, forma parte de las llamadas Terapias Artístico-Creativas (Mateos, 2011). Las terapias artísticas proporcionan al paciente un entorno basado en un

medio artístico en el que desarrollar un lenguaje simbólico que permita el acceso a sentimientos desconocidos y una integración creativa de los mismos en la personalidad, dando posibilidad al cambio terapéutico. El interés no se centra tanto en los aspectos estéticos del producto artístico, sino en el proceso terapéutico propiamente (Dokter, 1995).

2.3.2. Musicoterapia en Medicina

Los campos de aplicación de la musicoterapia son amplios y variados, y, recogiendo palabras de Del Olmo (2009), esta disciplina puede recibir diferentes descripciones según el contexto en el que sea aplicada: “... es inevitable que dependiendo donde este tipo de terapia tenga lugar, se la describa como una práctica terapéutica artística *versus* científica; musical *versus* psicológica; conductual *versus* psicoterapéutica; complementaria *versus* alternativa; rehabilitadora *versus* paliativa, etcétera. Hay muchas cuestiones a tener en cuenta al usar la música en su función terapéutica, y las respuestas que se den dependerán de la posición ontológica y epistemológica de los investigadores y clínicos” (p.23).

Estas palabras cobran especial importancia en el contexto médico-hospitalario, en el que una clara definición y concreción de las líneas de actuación de esta disciplina son una cuestión clave para que la musicoterapia pueda ser integrada como una modalidad más de intervención en oncología.

A lo largo de la historia, la musicoterapia ha mantenido una estrecha relación con algunas de las orientaciones y modelos teóricos de disciplinas como la psicología o la filosofía. De entre los diferentes modelos de musicoterapia reconocidos internacionalmente, el modelo conductista desarrollado por Clifford Madsen ha sido uno de los más extendidos en los EEUU. Se trata de un modelo que define la musicoterapia como “...la aplicación científica de la música para conseguir objetivos terapéuticos conductuales, del desarrollo y/o médicos” (Madsen, 1999, p.1). Los cambios de conducta se consiguen mediante el uso de la música y la presencia del terapeuta, y se basa en principios del aprendizaje y en la modificación de la conducta a partir del refuerzo positivo. La aplicación de la musicoterapia bajo el modelo conductual ha probado su eficacia, y aporta estructura, ofrece una adecuada

2. MARCO TEÓRICO

sistematización de la información recogida y replica los estudios más fácilmente (Mercadal-Brotons, 2000). Este modelo ha ido evolucionando e integrando principios de la psicología cognitiva, pasando actualmente a denominarse “Modelo cognitivo-conductual”.

Desde los años 80, se ha podido observar un creciente interés en la aplicación de la musicoterapia en el campo médico. Los meta-análisis de Dileo (2006) y Standley (2010), junto con otros estudios que se han ido desarrollando a lo largo de los años han aportado resultados interesantes y satisfactorios (Bradt, Dileo, & Grocke, 2010; Bradt, Dileo, Grocke, & Magill, 2011; Bradt, Dileo, & Shim, 2013; Bradt & Dileo, 2014). Tras años de estudio y aplicaciones clínicas, se ha ido validando el uso de la musicoterapia y reconociendo su rol en medicina, ofreciendo valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la salud, así como interesantes implicaciones para futuras investigaciones y aplicaciones (Winn & Winn Walker, 1996).

La literatura sobre musicoterapia en medicina recoge una variedad de referencias a la aplicación de la música en este contexto, si bien no siempre corresponden a intervenciones de musicoterapia propiamente. Respecto a este punto, es importante comentar la clarificación que Bradt et al. (2011) realizan en el momento de evaluar la eficacia de la musicoterapia oncológica: cuando se habla de intervenciones de musicoterapia, debe distinguirse entre las denominadas intervenciones musicales en medicina (*music medicine interventions*) y la musicoterapia propiamente (*music therapy*). De este modo, en las intervenciones musicales en medicina, el paciente escucha música grabada que es ofrecida por un profesional sanitario. La musicoterapia, por su parte, requiere la implementación de una intervención musical por parte de un musicoterapeuta profesional, la presencia de un proceso terapéutico y la aplicación de experiencias musicales adaptadas de manera personalizada. La falta de musicoterapeutas profesionales especializados en musicoterapia en medicina, así como la necesidad de otros profesionales del campo sanitario de optimizar la atención y acompañamiento al enfermo mediante la incorporación de otros recursos de intervención, podría explicar la utilización de este recurso musical a lo largo de los años en este ámbito.

2.3.3. Musicoterapia en Oncología

La musicoterapia es una disciplina que ha ido ganando reconocimiento en el contexto oncológico. A nivel nacional, la SEOM (2015) la ha integrado como terapia no convencional y no farmacológica dentro del grupo llamado “intervención cuerpo-mente”. Además, en la actualidad está también incluida en el grupo de terapias del National Center for Complementary and Alternative Medicine (CAM, 2015) y de la Society for Integrative Oncology – SIO (Deng et al., 2007), y forma parte de los programas de la Oncología Integrativa. Este hecho ha llevado a autores como Magill (2006) a hablar de “Musicoterapia Integrativa” y a definirla como una especialidad de la musicoterapia que se contempla dentro de los programas de la Oncología Integrativa, “...que es aplicada para tratar múltiples síntomas como el dolor, trastornos del estado anímico y aspectos de comunicación. La música puede mejorar el dolor y síntomas de miedo, ansiedad, depresión, frustración y soledad. La musicoterapia reduce los efectos de los estímulos nocivos mientras aumenta el estado anímico y los sentimientos de confort y sensación de control” (p.79).

El punto de partida de la aplicación de la musicoterapia en el contexto oncológico puede establecerse en el año 1978, fecha en la que se recoge la primera descripción de una intervención con musicoterapia en cáncer (Munro & Mount, 1978). Desde entonces, se han ido desarrollando diversos estudios que han ido contribuyendo a ampliar el cuerpo teórico de esta disciplina y a difundir los beneficios de la misma en este ámbito. El término “Musicoterapia Oncológica” que utilizan O’Callaghan y Hiscock (2007) hace referencia a intervenciones con musicoterapia que van dirigidas a enfermos oncológicos de todas las edades, con diferentes pronósticos de cáncer y momentos de la enfermedad.

El estudio Cochrane de Bradt et al. (2011) muestra cómo la musicoterapia oncológica es un coadyuvante efectivo y una intervención terapéutica que –ofreciendo un enfoque multimodal e integral– permite cubrir las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial y espiritual. De hecho, la literatura muestra resultados interesantes de la aplicación de la musicoterapia como intervención no farmacológica en el campo oncológico tanto en el ámbito pediátrico como en el de adultos. Si bien en el contexto pediátrico se han obtenido avances importantes y constituye un amplio y especializado campo de dedicación de los musicoterapeutas, el

2. MARCO TEÓRICO

objetivo de esta tesis es mostrar los efectos de la musicoterapia en pacientes oncológicos adultos.

Las necesidades clínicas del paciente con cáncer son tanto de tipo físico como psicosocial y espiritual, y pueden ser abordadas desde el campo de la Musicoterapia. La multidimensionalidad de la música ofrece un enfoque multimodal y llegar, por tanto, a cubrir una diversidad de necesidades a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

Los artículos y estudios publicados permiten mostrar cómo la música puede ofrecer acompañamiento y apoyo durante todo el proceso oncológico a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad:

- Fase de diagnóstico:

En momentos previos al posible diagnóstico, la aplicación de la música tiene como finalidad ayudar a disminuir los niveles de ansiedad durante las pruebas de screening como las mamografías o colonoscopias así como otras pruebas tan invasivas como las biopsias y otros procedimientos. Existen algunos estudios y meta-análisis que incorporan la música durante las colonoscopias o sigmoidoscopias (Bechtold, Puli, Othman, Bartalos, Marshall, & Roy, 2009; Rudin, Kiss, Wetz, & Sottile, 2007; Tam, Wong, & Twinn, 2008). En el caso de las colonoscopias, Tam et al. (2008) observaron una disminución no sólo de la ansiedad sino también del malestar así como del tiempo y cantidad de sedación. En el contexto del cáncer de mama, si bien Domar et al. (2005) no mostraron resultados significativos en cuanto a la disminución de ansiedad en el momento de la mamografía, sí se observó en cambio una importante disminución de la ansiedad en el caso de pruebas tan invasivas como las biopsias de seno (Haun, Mainous, & Looney, 2001). Otros estudios realizados también en el momento de las biopsias o bien de colocación del port-a-cath no han conseguido mostrar la eficacia de la música (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003). No obstante, es importante señalar que la mayoría de ellas han sido llevadas a cabo por parte de profesionales sanitarios, que corresponderían a un tipo de intervenciones musicales denominadas como “*música y medicina*” y que no han sido implementadas por musicoterapeutas profesionales.

- Fase de tratamiento

2. MARCO TEÓRICO

Existen interesantes aplicaciones de la música y de la musicoterapia que ofrecen al paciente un apoyo adicional durante la fase de tratamientos como la cirugía, quimioterapia o radioterapia, entre otros. Son numerosos los estudios realizados con la música en el momento de la cirugía dirigidas a disminuir la ansiedad y a acompañar a los pacientes en el contexto quirúrgico, ya sea a nivel pre-, intra- o post-operatorio. Sin embargo, pocos son los estudios exclusivamente dirigidos a pacientes oncológicos. Deben destacarse estudios como los de Li, Yan, Zhou, Dang, Wang & Zhang (2011, citado en Bradt et al., 2011) o Zhou, Li, Yan, Dang, & Wang (2011, citado en Bradt et al., 2011) en el que muestra cómo la música puede controlar síntomas de las mujeres mastectomizadas, reduciendo el malestar post-operatorio como el dolor o la depresión.

La aplicación de la música en el momento de la quimioterapia ha sido frecuentemente estudiada, y la literatura ofrece publicaciones que analizan la influencia de la música y musicoterapia durante este tratamiento, encontrándose ya en este caso un mayor número de experiencias que corresponden a intervenciones de musicoterapia propiamente, y que cuentan por tanto con musicoterapeutas profesionales. Estas intervenciones van dirigidas a reducir náuseas, vómitos y/o otros efectos secundarios, así como a disminuir la ansiedad y/o malestar emocional y mejorar el estado de ánimo, promover estados de relajación, mejorar variables fisiológicas y/o funcionamiento físico (Bulfone, Quattrin, Zanotti, Regattin, & Brusaferró, 2009; Cai, Li, & Jiao, 2001, citado en Bradt et al., 2011; Ezzone, Baker, Rosselet, & Terepka, 1998; Ferrer, 2007; Frank, 1985; Gimeno, 2008; Hanser, 2006; Sabo & Michael, 1996; Serra, 2013; Standley, 1992; Straw, 1991; Weber, Nuessler, & Wilmanns, 1997) así como para observar el efecto en la calidad de vida (Bozcuk et al., 2006; Hanser et al., 2006; Serra, 2013; Tilch, Haffa-Schmidt, Wandt, Kappauf, Schafer, & Birkmann, 1999; Xie et al., 2001, citado en Bradt et al., 2011). Los resultados no siempre son significativos, pero suelen apuntar hacia una dirección de cambio deseado. En algunos casos, el tratamiento ha ido específicamente dirigido a muestras con pacientes afectadas de cáncer de mama; en otros, cuentan con muestras de pacientes diagnosticados de diferentes tipos de cáncer (colon, pulmón, cerebral,...). En algunas ocasiones, las intervenciones se llevan a cabo en el mismo momento en que el paciente está recibiendo el tratamiento

2. MARCO TEÓRICO

y en otras, lo hacen durante la fase de tratamiento en sí. Otros estudios no acaban de especificar claramente este tipo de información.

Por otra parte, también hay autores interesados en valorar la eficacia de la música para reducir la ansiedad y malestar en pacientes que reciben radioterapia y ofrecen unos resultados preliminares, que aunque no son todavía consistentes y precisan ser más investigados, apuntan interesantes beneficios de este tipo de intervención. Clark et al. (2006) se centraron en evaluar el posible efecto de la música seleccionada por el paciente en base a sus preferencias musicales y pese a no mostrar un cambio significativo, sí parece haber ayudado a reducir los síntomas de ansiedad y distrés asociado a la radioterapia, además de un efecto acumulativo del tratamiento, de forma que mayores dosis de musicoterapia conllevaban una mayor reducción del distrés en ese contexto. Los estudios de Smith, Casey, Johnson, Gwede, y Riggan (2001) y O'Callaghan et al. (2012) si bien no muestran resultados significativos, sí fueron percibidos como de ayuda para una mayor distracción, así como para reducir la percepción de la duración del tratamiento por parte de los sujetos participantes.

Finalmente, señalar que algunos autores han empezado a estudiar los beneficios de la musicoterapia en mujeres afectadas de cáncer de mama que se encuentran recibiendo tratamiento hormonal, con resultados iniciales prometedores (Chuang, Han, Li, Song, & Young, 2011).

- Fase de Intervalo libre y Supervivencia

La cronicidad del cáncer está llevando también a plantear intervenciones dirigidas a enfermos con cáncer que han finalizado el tratamiento oncológico activo y que se encuentran en fase de intervalo libre de la enfermedad o en fase de supervivencia, una fase en la que quedan todavía por cubrir necesidades de estas personas y resolver dificultades de adaptación al día a día. La musicoterapia se muestra como una interesante modalidad de intervención, que promueve el bienestar emocional, la socialización y la mejora de la calidad de vida de los participantes. Algunos de estos estudios van dirigidos a mujeres con cáncer de mama mientras que otros estudian muestras con diagnósticos heterogéneos (Allen, 2010; Carballo & Martí, 2008; Conradi, 2012; Dvorak, 2011; Martí & Carballo, 2010; Stordahl, 2009).

- Fase Paliativa

La literatura ofrece una gran variedad de estudios que evalúan la influencia de la música en enfermos oncológicos que están recibiendo cuidados paliativos. La revisión Cochrane de Bradt y Dileo (2010) recoge, como objetivo principal de intervención, la mejora de la calidad de vida, a partir de la reducción de síntomas de malestar físico, cubrir las necesidades psicológicas, ofrecer soporte y facilitar la comunicación, además de cubrir las necesidades espirituales. El perfil de sujetos de estas muestras corresponde a enfermos con diagnósticos oncológicos heterogéneos.

La literatura indica, pues, cómo la música puede ofrecer acompañamiento y apoyo durante todo el proceso oncológico y, por tanto, a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad. Los tratamientos oncológicos se caracterizan por ser invasivos y estresantes para el paciente, de ahí la importancia de incluir otras modalidades de intervención como la musicoterapia, que puedan ayudar a contrarrestar o paliar esos efectos, y contribuir a una mayor bienestar y calidad de vida de las personas afectadas por un proceso oncológico.

A nivel metodológico, señalar que, este tratamiento puede ser aplicado tanto a nivel individual como grupal, según las necesidades de cada persona así como los protocolos diseñados según cada centro u hospital. Con respecto a las intervenciones en grupo, la literatura muestra experiencias llevadas a cabo con grupos de pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos. Una gran mayoría de los estudios realizados hasta el momento suelen presentar muestras de sujetos muy heterogéneas en cuanto a variables tanto de tipo socio-demográfico (rango de edad, sexo, situación familiar, situación laboral, etc.) como clínico (tipo de diagnóstico oncológico, fase de enfermedad, en tratamiento activo o en fase de intervalo libre de enfermedad, etc.). En los últimos años se está enfatizando la necesidad de llevar a cabo intervenciones diseñadas con unos criterios de inclusión más restrictivos y, consecuentemente, más específicos, que permiten configurar grupos mucho más homogéneos.

2.3.4. Musicoterapia, Estado Anímico y Calidad de Vida

Las intervenciones con musicoterapia parecen tener una influencia interesante en el estado anímico y pueden, a su vez, mejorar la calidad de vida. Estado anímico y calidad de vida son dos variables que han sido objeto de interés en el campo de la musicoterapia

oncológica a lo largo de los años.

La literatura recoge estudios dirigidos a evaluar el efecto de la música en el estado de ánimo de pacientes con cáncer (Bailey, 1983; Bellamy & Willard, 1993; Burns, 2001; Cassileth, Vickers, & Clark et al., 2006; Gimeno, 2010; Magill, 2001, Magill-Levreault, 1993; Munro & Mount, 1978; Waldon, 2001). Algunos autores han analizado otras variables que, a su vez, han podido ser influenciadas por la música y han ayudado a cambiar el estado emocional de los pacientes oncológicos y a reducir sus niveles de ansiedad y/o depresión (Bonde, 2005, citado en O'Callaghan & Hiscock, 2007; Bulfone et al., 2009; Clark et al., 2006; Ferrer, 2007; O'Callaghan et al., 2012; Sabo & Michael, 1996; Serra, 2013; Smith et al., 2001); ofrecer ventilación y soporte emocional (Bailey, 1983; Bellamy & Willard., 1993; Magill, 2001; O'Callaghan & McDermott, 2004; Tilch et al., 1999; Waldon, 2001) y elevar la autoestima (Aldridge, 1996).

Por otra parte, el soporte social es un elemento clave que puede ayudar a cubrir las necesidades de apoyo de este colectivo, en tanto que la música es un agente socializador, y puede promover la expresión y comunicación (Gaston, 1968). Los tratamientos de musicoterapia en formato de grupo y de tipo activo pueden facilitar las relaciones sociales, y disminuir los sentimientos de aislamiento que suele conllevar esta enfermedad (Hanser, 2006). Además, puede favorecer la interacción y comunicación con el musicoterapeuta, con otros profesionales, así como con otros miembros del grupo, promoviendo así vínculos y cohesión grupal (Bailey, 1983, 1984; Bunt & Marston-Wyld, 1995; Dvorak, 2011; Waldon, 2001).

En cuanto a la variable la calidad de vida, ésta ha sido cada vez más estudiada en este campo (Bozcuk et al., 2006; Conradi, 2012; Hilliard, 2003; Hanser et al., 2006; Serra, 2013; Straw, 1991; Tilch et al., 1999; Xie et al., 2001, citado en Bradt et al., 2011). No obstante, los estudios analizados en la revisión Cochrane (Bradt et al., 2011) no acaban de reportar resultados estadísticamente significativos.

La literatura indica, pues, que los pacientes con cáncer experimentan elevados niveles de malestar físico y de distrés emocional, y que la musicoterapia ha mostrado ser una intervención eficaz para paliar ese distrés y mejorar, entre otros aspectos, el estado anímico y la calidad de vida de los enfermos con cáncer.

2. MARCO TEÓRICO

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivos

3.2. Hipótesis

La presente tesis doctoral ha sido desarrollada por compendio de publicaciones. El objetivo general de las publicaciones que la integran ha sido evaluar el efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y en la calidad de vida de los pacientes afectados de cáncer. De los cuatro artículos aquí presentados, el primero de ellos (Artículo 1) corresponde a una revisión de la literatura científica sobre algunos aspectos de la musicoterapia oncológica. Los otros tres son artículos realizados a partir de estudios experimentales (Artículo 2, 3 y 4 – Estudios 1, 2 y 3 respectivamente). Si bien cada uno de estos tres estudios ha ido dirigido a una muestra de pacientes oncológicos con un perfil específico, el planteamiento de los objetivos y de las correspondientes hipótesis se expone seguidamente de manera conjunta.

3.1. Objetivos

Los objetivos principales han sido los siguientes:

OBJETIVO 1:

Exponer un marco teórico actualizado acerca de los principales hallazgos relacionados con la musicoterapia oncológica y algunas de sus funciones ante las necesidades del paciente adulto con cáncer. (**Artículo 1**)

OBJETIVO 2:

Evaluar el efecto de un tratamiento de musicoterapia en el estado anímico de pacientes con cáncer después de ocho sesiones de tratamiento (post-tratamiento) y al finalizar cada sesión de 90 minutos (post-sesión). (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

OBJETIVO 3:

Evaluar el efecto de un tratamiento de musicoterapia en la calidad de vida de pacientes con cáncer después de ocho sesiones de tratamiento (post-tratamiento). (**Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)

OBJETIVO 4:

Conocer la valoración del programa de musicoterapia por parte de los pacientes con cáncer después de ocho sesiones de tratamiento (post-tratamiento). (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

3.2. Hipótesis

Las hipótesis que se han planteado han sido las siguientes:

HIPÓTESIS 1:

Hipótesis 1.1.:

La revisión de literatura científica realizada mostrará algunas de las aportaciones de la musicoterapia a la oncología, e identificará algunas de las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente con cáncer.

HIPÓTESIS 2:

Hipótesis 2.1.:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia afectará positivamente en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer. Esta mejora se manifestará en el post-tratamiento en:

- Una disminución de las puntuaciones de las subescalas de Tensión, Depresión, Cólera, y Fatiga así como un aumento de la puntuación en la subescala de Vigor de la escala POMS-A. (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Una disminución de las puntuaciones de las subescalas Ansiedad y Depresión de la escala HAD. (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

Hipótesis 2.2.:

La participación en las sesiones de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración afectará positivamente en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer. Esta mejora se manifestará en el post-sesión en:

- Una disminución en las puntuaciones de los ítems de Ansiedad y Tristeza de la EVN. (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Una disminución en las puntuaciones de los ítems de Malestar Físico de la EVN. (**Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)

HIPÓTESIS 3:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia afectará positivamente en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer una vez finalizado el tratamiento. Esta mejora se manifestará en el post-tratamiento en:

- Un aumento de las puntuaciones en la Escala de Salud Global/Calidad de Vida Global y en las Escalas de Funcionamiento de la EORTC. (**Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)

HIPÓTESIS 4:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia mostrará una valoración positiva del programa una vez finalizado el tratamiento. Esta valoración positiva se manifestará en el post-tratamiento en:

- Los ítems relacionados con la ayuda del programa para la mejora del estado de ánimo (durante la sesión) (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Los ítems relacionados con la ayuda del programa para la disminución de la ansiedad y tristeza en el día a día (fuera de la sesión) (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Los ítems relacionados con la ayuda del programa para el aprendizaje de estrategias de autorregulación emocional (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Los ítems relacionados con la utilidad y recomendación del programa (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

-

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1. Muestra

4.2. Diseño

4.3. Instrumentos

4.4. Procedimiento

4.5. Programa y Sesiones de Musicoterapia

4.6. Aspectos éticos

4.7. Análisis estadístico

La metodología que se ha aplicado ha sido la misma en los 3 estudios que se presentan en esta Tesis. Es por esta razón que se expondrá seguidamente de manera generalizada, si bien detallando aquellas particularidades propias de cada estudio cuando la exposición lo requiera.

4.1. Muestra

La muestra ha estado constituida por el siguiente perfil de sujetos:

a) Diagnóstico:

- Pacientes diagnosticados cáncer (diagnósticos heterogéneos). **Artículo 2 – Estudio 1**
- Pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal. **Artículo 3 – Estudio 2**
- Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. **Artículo 4 – Estudio 3**

b) N° de pacientes de la muestra final de cada estudio:

- N=22 **Artículo 2 – Estudio 1** (20 mujeres y 2 hombres)
- N=18 **Artículo 3 – Estudio 2** (14 mujeres y 4 hombres)
- N=8 **Artículo 4 – Estudio 3** (8 mujeres)

c) Criterios de inclusión:

- Edad: sujetos adultos, de cualquier rango de edad (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)
- Diagnóstico: diagnóstico oncológico heterogéneo (**Artículo 2- Estudio 1**); cáncer colorrectal (**Artículo 3 – Estudio 2**); cáncer de mama (**Artículo 4- Estudio 3**)
- Fase de enfermedad y tratamiento oncológico: en cualquier estadio de la enfermedad y haber recibido, o estar recibiendo, tratamiento oncológico activo (**Artículo 2 y 3 – Estudio 1 y 2**); en fase de supervivencia, haber finalizado el tratamiento oncológico activo en los últimos 3 meses (**Artículo 4 – Estudio 3**)
- Derivación: haber recibido al menos una primera visita de soporte psicológico por parte de la psicooncóloga de la unidad en la que se haya detectado la presencia de problemas de malestar emocional (**Artículo 2 – Estudio 1**) o bien, haber sido derivado por el oncólogo de referencia o por la gestora de casos de mama, en aquellos casos en que detectaban la presencia de malestar emocional (**Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)
- No haber recibido previamente un tratamiento de musicoterapia
- Haber dado su consentimiento para participar en este estudio (Ver *Hoja de Información del Estudio y Consentimiento Informado* en Anexo I y II)
- Asistencia: Para el análisis de datos, se ha establecido como criterio de inclusión adicional el haber asistido al menos al 50% del total de sesiones de musicoterapia (4 de 8), hecho que ha conllevado una pérdida considerable de sujetos en los tres estudios, por presentar un porcentaje inferior de asistencia.

d) Criterios de exclusión: (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

- Presencia de psicopatología psiquiátrica previa
- Problemas de hipoacusia moderada o severa
- Dificultad física para desplazarse semanalmente al hospital

4.2. Diseño

En los tres estudios recogidos en esta tesis, se ha llevado a cabo un estudio de medidas intrasujeto pre- y post-test constituido por una muestra de pacientes

4. MÉTODO

diagnosticados de cáncer. La variable independiente fue la participación en un tratamiento de musicoterapia, que consistió en ocho sesiones de musicoterapia de frecuencia semanal, de 90 minutos de duración y en formato grupal.

Las variables dependientes han sido las siguientes en los tres estudios:

- Estado de Ánimo:
 - a nivel de pre- y post-tratamiento (tras finalizar el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia):
 - Estado Anímico
 - Ansiedad
 - Depresión
 - a nivel de pre- y post-sesión (tras finalizar cada sesión)
 - Ansiedad
 - Tristeza
 - Malestar Físico (**sólo en Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)
- Calidad de Vida: (**sólo en Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3**)
 - a nivel de pre- y post-tratamiento (tras finalizar el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia):
 - Salud Global/Calidad de Vida Global
 - Funcionamiento Físico
 - Funcionamiento de Rol
 - Funcionamiento Emocional
 - Funcionamiento Cognitivo
 - Funcionamiento Social
- Valoración y percepción del programa por parte de los participantes:
 - a nivel de post-tratamiento (tras finalizar el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia) en cuanto a las siguientes áreas:
 - Contribución del programa a la mejora del estado de ánimo
 - Contribución del programa a la disminución de la ansiedad y tristeza en el día a día

4. MÉTODO

- Contribución del programa al aprendizaje de estrategias de autorregulación emocional
- Utilidad y recomendación del programa

4.3. Instrumentos

Los sujetos fueron evaluados mediante una batería de instrumentos psicométricos que valoraban su estado de ánimo y su calidad de vida. También, se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de cada participante. Los instrumentos empleados para cada variable dependiente fueron los que se describen en la siguiente tabla, a continuación (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Variables Dependientes, Instrumentos y Momento de Administración

Variables Dependientes	Instrumento	Pre-	Post-
Estado de Ánimo	POMS-A	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
	HAD	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
	EVN	Pre-sesión	Post-sesión
Calidad de vida	EORTC-QLQ-C30	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Valoración y percepción del programa	CVPMT	-	Post-tratamiento

4.3.1. El Perfil de Estados de Ánimo – Abreviado versión A (*POMS-A*)

Es un autoinforme que contiene una lista de adjetivos a partir de los que se obtiene una evaluación global de las alteraciones del estado de ánimo así como medidas parciales correspondientes a sus subescalas. Se trata de un instrumento estandarizado que ha sido muy utilizado en el campo de la psicooncología y también puede encontrarse en estudios de musicoterapia (Bailey, 1983; Burns, 2001; Dvorak, 2011; Stordahl, 2009). Fue diseñado por McNair, Lorr, y Droppelman (1992) y su versión más conocida es la de 58 ítems, de la que posteriormente han surgido versiones reducidas que han sido también utilizadas tanto en estudios de musicoterapia (Cassileth et al., 2003; Conradi, 2012; Waldon, 2001) como del campo de la psicooncología (Báñez, 2003; Cella, Jacobsen, Orav, Holland, Silberfarb & Rafla, 1987; McQuellon et al., 1998).

Para este estudio, y a fin de reducir el tiempo de administración y facilitar su aplicación al perfil de la muestra, se utilizó el POMS-A, la versión reducida A de 15 ítems, elaborada por Fuentes, García Merita, Melià, y Balaguer (1994) y validada al español. En esta versión se incluyen cuatro escalas de afectos negativos, Tensión, Depresión, Cólera y Fatiga, y una escala de afecto positivo, Vigor. La Tensión se define por adjetivos que reflejan incrementos en la tensión músculo-esquelética; la Depresión constituye un estado de ánimo deprimido acompañado de un sentimiento de inadecuación personal; el Cólera representa un sentimiento de ira y antipatía hacia los demás; y la Fatiga corresponde a un estado de abatimiento, desgaste, inercia y bajo nivel de energía. La escala Vigor representa un estado de vigorosidad, euforia, ebullición y energía elevada. Consta de 15 ítems, que son adjetivos sobre diferentes estados afectivos de los que el paciente ha de graduar la intensidad de cada uno de ellos según los haya sentido durante los últimos 7 días, y en un formato de escala Likert de 5 puntos (donde 0 es nada, 1 un poco, 2 moderadamente, 3 bastante y 4 muchísimo). La puntuación máxima de cada escala es de 12 puntos, y la del Índice de Alteración emocional de 60; a mayor puntuación mayor malestar emocional. El coeficiente alfa de Cronbach está entre 0,70 y 0,83.

4.3.2. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Es una escala diseñada por Zigmond y Snaith (1983) para detectar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física en el contexto hospitalario. Al ser excluidos los síntomas somáticos, las puntuaciones de depresión no se ven afectadas por síntomas como pérdida de peso, o anorexia, tan frecuentemente asociados al cáncer. Se ha validado con muestras de pacientes oncológicos (López-Roig et al., 2000) y se ha convertido en una de las pruebas más utilizadas en contextos de psicología de la salud como screening para valorar estados de distrés. Ha sido utilizado en estudios de musicoterapia con población oncológica (Clark et al., 2006; Serra, 2013).

La escala HAD tiene un total de 14 ítems, repartidos en dos subescalas de 7 ítems cada una, para medir: Ansiedad y Depresión. Consta de 4 opciones relativas a la frecuencia con la que se da un cierto tipo de respuesta definida como de ansiedad o de depresión, en un marco temporal de los últimos 7 días. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala y de 0-42 para la puntuación global. A mayor puntuación mayor malestar emocional. Para este estudio se utilizó la versión española, adaptada de Caro e Ibáñez (1992). Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 para cada una de sus subescalas.

4.3.3. El cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-C30 (*EORTC-QLQ-C30*)

Es un instrumento originalmente creado por Aaronson et al., (1993) para evaluar de manera específica la calidad de vida de pacientes que padecen cáncer y que contempla diferentes dimensiones que pueden verse afectadas tanto por la enfermedad como por los tratamientos. Bozcuk et al. (2006) y Serra (2013) utilizaron este cuestionario para evaluar la calidad de vida en sus muestras de pacientes oncológicos. Consta de 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta y 2 de ellos con 7 alternativas (donde 1 es pésima y 7 excelente), y el marco temporal se refiere a la semana previa. Las puntuaciones obtenidas deben baremarse, y resultar en un rango de 0 a 100; a mayor puntuación, mayor calidad de vida. Está compuesto de 3 escalas: Una

4. MÉTODO

Escala de Salud Global /Calidad de Vida Global, cinco Escalas Funcionales, y tres Escalas de Síntomas. Su coeficiente alfa de Cronbach es de 0,70.

La calidad de vida es una variable cada vez más estudiada en el campo de la musicoterapia y es medida mediante diferentes tests, entre los que se encuentra éste (Bradt et al., 2011). En los estudios de esta tesis doctoral se ha utilizado la versión española de (Arrarás, De la Vega, Illarmendi, Manterola, Salgado, Domínguez et al., 2011) y se ha administrado la Escala Global de Salud /Calidad de Vida Global así como las cinco Escalas de Funcionamiento. A fin de reducir la duración del test y dado que el objeto de estudio ha ido dirigido a incidir especialmente sobre el área emocional, se ha desestimado administrar la Escala de Síntomas (pese a que la calidad de vida es un constructo multidimensional y a que también sería interesante estudiar la incidencia del programa sobre estos síntomas).

Si bien existen módulos específicos que complementan el cuestionario y han sido específicamente diseñados para pacientes con cáncer colorrectal (Arrarás et al., 2003) y de mama (Arrarás et al., 2001), se desestimó su administración por dos razones. La primera de ellas, por practicidad, ya que el test se rellena en el mismo momento antes de iniciar la sesión y requeriría alargar aún más el tiempo de administración, cuando las dificultades de concentración suelen ser un síntoma frecuente en enfermos en tratamiento oncológico activo. Y la segunda, por respeto a los pacientes, a fin de no resultar demasiado invasivos con preguntas y cuestiones de carácter muy íntimo. La decisión de utilizar o no tests amplios y largos ha sido reflexionada por autores como Serra (2013) y Waldon (2001). En el primer caso, la autora enfatiza la importancia de adecuar el tipo de test que se administra al perfil de la muestra, y al momento en que éste se administra. Concretamente, en el caso de pacientes oncológicos suelen presentar un estado de funcionamiento cognitivo menor, con más dificultades de concentración como efecto secundario de los tratamientos y/o del impacto del diagnóstico. Waldon, por su parte, en su cuestionario de satisfacción del programa de musicoterapia con pacientes oncológicos recoge como sugerencia de los propios participantes la supresión de la parte de tests y evaluaciones, cuestionarios: "... If this were to become a regular group, what would you like to see removed from the group music therapy sessions? Two participants stated "to get rid of the paperwork" (...) p.234.

4.3.4. La Escala de Valoración Numérica (EVN)

Es una escala empleada habitualmente en el contexto hospitalario como un instrumento rápido y sencillo de *screening*, que tiene como objetivo evaluar la intensidad de un síntoma. Al igual que la Escala Visual Analógica (EVA) es una escala unidimensional que ha sido utilizada en el contexto de la psicología para medir bienestar (Aitken, 1969). Originalmente introducida por Hayes y Pattersons (1921, citado en Marsh-Richard, Hatzis, Mathias, Venditti, & Dougherty, 2009) es una escala muy frecuentemente empleada para la medición del dolor en población adulta (Downie, Leatham, Rhind, Wright, Branco, & Anderson, 1978; Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011; McCaffery & Beebe, 1993). La más utilizada es la EVN de 11-ítems, que se describe más adelante. La EVA y EVN han sido también muy utilizadas en el contexto de enfermería y musicoterapia, y se han aplicado a otras dimensiones, no solo al dolor. Así, en el campo de la psicooncología, el Termómetro del Distrés, perteneciente a la Escala del Distrés (NCCN, 2012) mide, mediante escalas del 0 al 10, algunos síntomas relacionados con el estrés (distrés, ansiedad, depresión, ira, necesidad de ayuda) para clasificar al paciente en un rango específico. La escala de Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) dirigida a pacientes paliativos utiliza EVN para medir aspectos como nerviosismo, desánimo, sensación de malestar, agotamiento entre otros. Ambas escalas han sido utilizadas también en el contexto de la musicoterapia (Horne-Thompson & Grocke, 2008; Serra, 2013). La literatura recoge diferentes estudios que han utilizado tanto la EVA (Allen, 2010; Bailey, 1983; Beck, 1991; Ferrer, 2007; Sahler, Hunter, & Liesveld, 2003; Standley, 1992; Zimmerman, Pozehl, Duncan, & Schmitz, 1989) como la EVN (Clark et al., 2006; Conradi, 2012; Dvorak, 2011; Groen, 2007) para medir diversos síntomas.

Para este estudio se decidió aplicar la EVN de 11 puntos por ser una prueba breve, sencilla y de muy fácil registro y valoración: consiste en una línea recta horizontal numerada de 0 a 10, en cuyos extremos se representa la polarización de la intensidad del síntoma (donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 el síntoma a un nivel máximo e insoportable). Inicialmente (Artículo 2 – Estudio 1) se presentaron las EVN para dos ítems: Ansiedad y Tristeza, y se pidió a los participantes que las completen al inicio y final de cada sesión. En el caso de los Artículos 3 y 4 (Estudios 2 y 3), y a raíz de los resultados y conclusiones apuntadas en el Artículo 2, se consideró adecuado

incorporar un tercer ítem, el de Malestar Físico, junto a los otros dos. Las EVN miden el cambio tras 90 minutos de haber participado en una sesión de musicoterapia.

4.3.5. La Hoja de Observación y Registro de Conductas

Es un instrumento diseñado *ad hoc*, que cumplimenta la autora/investigadora para evaluar el estado anímico, después de cada sesión a fin de recoger las respuestas de cada participante sobre aspectos relacionados con su expresión emocional, atención-participación en la tarea musical, interacción-comunicación social, y asistencia a la sesión. Este instrumento elaborado ayuda a seguir clínicamente sesión a sesión el progreso de los pacientes. No obstante, y pese a aportar información interesante, en los artículos presentados no se ha hecho especial énfasis en él. La limitación de espacio como requisito de las normas de publicación ha llevado a los autores a tomar esta decisión. Sería importante, en futuros estudios, dedicar tiempo y análisis para este instrumento. (Ver Anexo III).

4.3.6. Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia – CVPMT.

Es un instrumento, también diseñado *ad hoc*, que se administra una vez finalizado el programa. Estudios previos de musicoterapia incluyen cuestionarios de satisfacción o valoración de la experiencia de musicoterapia, que permite a su vez examinar las actitudes, percepciones y vivencias personales de los pacientes participantes en un programa de musicoterapia desarrollado en un contexto hospitalario y/o oncológico (Dvorak, 2011; Ferrer, 2007; Waldon, 2001).

El Cuestionario (CVPMT) se ha diseñado en base a otros cuestionarios, diseñados para anteriores programas de musicoterapia en oncología. Los participantes deben rellenarlo de manera anónima, y tiene como finalidad dos aspectos: por un lado proporcionar feedback e información al investigador sobre las percepciones y experiencias de los participantes sobre el programa a fin de recoger una visión más directa de ellos e información que pueda resultar de interés para adaptar y diseñar futuros programas de musicoterapia dirigidos a otros pacientes, y por otro, brindarles una oportunidad de reflexión sobre las experiencias vividas en el programa. Combina preguntas abiertas y cerradas. En el Anexo IV, se adjunta este cuestionario.

4.4. Procedimiento

El desarrollo de cada uno de los estudios ha tenido lugar en 4 fases. Una primera fase de presentación, en la que se presentó el proyecto de estudio ante el Comité Médicos de la Unidad de Oncología o de Patología Mamaria, según cada hospital. Tras recibir la aprobación del Comité Ético y de Investigación Clínica (CEIC) se ha dio paso a la fase de derivación de sujetos participantes.

Una fase de coordinación y derivación, que se realizó de manera diferente en cada centro hospitalario en función de sus necesidades y sistema organizativo. Esta fase consistió en establecer reuniones de coordinación con los profesionales responsables de derivar a los candidatos de estudio, y que fueron los siguientes para cada uno de los tres estudios: la psicooncóloga de la Unidad de Oncología, dos oncólogos especialistas en cáncer colorrectal, y gestora de casos de mama, respectivamente. En las reuniones se llevaron a cabo las siguientes tareas: especificar los detalles y particularidades del proyecto, establecer criterios de inclusión y exclusión de sujetos, estudiar aspectos logísticos, de calendario así como de infraestructura; acordar sistema de coordinación profesional de referencia con la musicoterapeuta, etc. Con respecto al proceso de derivación, cada profesional de referencia informaba de la existencia de esta investigación a aquellos pacientes que presentaban malestar emocional y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, y se les invitaba a participar en la misma. La musicoterapeuta elaboró un tríptico informativo para que cada profesional pudiera entregarlo a aquellos sujetos que se mostraran interesados. Este documento contenía una breve descripción del tratamiento de musicoterapia así como las fechas de las ocho sesiones de tratamiento, además de información relativa a temas organizativos (lugar, hora, contacto,...). Si el sujeto mostraba interés por participar, se le convocaba directamente al primer día de tratamiento de musicoterapia. En el caso de dos hospitales, fue necesario configurar más de un grupo. En esos casos, se incluyó al candidato interesado en una lista de espera; hasta configurar un nuevo grupo de entre 6-10 personas. A lo largo de los estudios, se configuraron un total de cinco grupos (*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Can Ruti* – Artículo 2 – Estudio 1) o tres grupos (*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* – Artículo 3 – Estudio 2); una vez finalizaba un grupo se procedía a iniciar el siguiente.

Una tercera fase centrada ya en la implementación del tratamiento. Se entregó una *Hoja de Información del Estudio* a los participantes y se pidió que firmaran el documento de *Consentimiento Informado* antes de empezar a participar en la primera sesión de musicoterapia. Antes de iniciar el tratamiento (antes de la sesión 1), se administraron los instrumentos de evaluación que se han descrito en la sección de Instrumentos de Evaluación. Antes y después de cada sesión, se solicitó a cada participante que rellenase la *Escala de Valoración Numérica*. Después de cada sesión, la musicoterapeuta cumplimentó, para cada paciente, la *Hoja de Observación y Registro de Conductas*. Una vez finalizado el tratamiento, se volvieron a aplicar los mismos instrumentos de evaluación, juntamente con el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia*. Cada tratamiento consistió en ocho sesiones de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración, y se desarrolló en una sala del hospital adjudicada temporalmente para el proyecto. Y, finalmente, una cuarta y última fase de recogida de datos socioculturales y clínicos, el análisis de resultados y presentación de los mismos ante los comités médicos de cada uno de los tres hospitales.

4.5. Programa y Sesiones de Musicoterapia

Este programa se ha basado en el modelo cognitivo-conductual, un tipo de intervención que ha mostrado su eficacia para tratar la depresión, ansiedad y mejora de la calidad de vida de las personas con cáncer y que resulta altamente eficaz en la relación coste-beneficio (Cruzado, 2014). El programa se centró en un tratamiento de musicoterapia en formato de grupo. La terapia de grupo ha demostrado ser una importante herramienta de ayuda para las personas participantes. Irvin Yalom (1995), un destacado referente del campo de la terapia de grupo, sostiene que participar en un grupo puede aportar un sentimiento de universalidad (no sentirse solos), de altruismo (poder encontrar un sentido al dar a los demás y recibir de ellos) y de esperanza (ver como los otros experimentan emociones y situaciones similares y tratan de encontrar un sentido de vida). Diversos autores han abordado los beneficios de la terapia de grupo con pacientes oncológicos (Bellver, 2007; Die Trill, 2014; González et al., 2007; Herrero, Rodríguez, Botella, Corbella, Gómez & Pacheco, 2010), si bien no puede indicarse de manera indiscriminada a todos los pacientes. La literatura del campo de la musicoterapia recoge también numerosas investigaciones llevadas a cabo en formato de grupo (Bradt et al., 2011). Basándonos en las aportaciones recogidas de diferentes profesionales del campo de la psicooncología y de la musicoterapia, se decidió por un

4. MÉTODO

tratamiento de musicoterapia en grupo, de ocho sesiones de musicoterapia, de 90 minutos de duración.

Los objetivos terapéuticos planteados fueron dirigidos a incidir principalmente en la dimensión emocional y social-relacional de los sujetos participantes, a fin de mejorar su estado de ánimo y calidad de vida. El tratamiento de musicoterapia pretendió tratar aspectos como: la expresión de miedos, pérdidas, tristeza, rabia, así como dificultades de afrontamiento de situaciones en el día a día. También se pretendió fomentar la libre expresión de aquellos aspectos agradables, positivos y enriquecedores que la persona puede experimentar pese a estar experimentando una situación de cáncer. Otros objetivos tuvieron también en cuenta la dimensión física-corporal de la persona (como el entrenamiento en relajación, la estimulación y activación física, etc.) así como la cognitiva (atención-concentración, distracción de miedos y preocupaciones, reconocimiento de patrones de pensamiento negativo y automático, creencias irracionales, etc.). Todo ello con la finalidad de ayudar a los participantes a poner en práctica diferentes estrategias de autorregulación emocional, a partir de la expresión y ventilación emocional, de la expresión y canalización de emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal mediante la música, de la facilitación de estados de relajación, de la evasión y distracción de preocupaciones, y de la interacción y comunicación con otros miembros del grupo.

El diseño de técnicas y actividades musicoterapéuticas se dirigió específicamente a trabajar los objetivos antes descritos, y siguió la recomendación del estudio Cochrane (Bradt. et al., 2011) de aplicar técnicas de musicoterapia de tipo activo y pasivo-receptivo. El diseño de las sesiones de este programa se caracterizaba por partir inicialmente de una variedad de técnicas pasivo-receptivas (audición musical, análisis lírico, y relajación acompañada de música) e ir incorporando progresivamente técnicas de tipo activo. Esta incorporación se ha realizado de manera progresiva, iniciándose con propuestas musicales basadas en seguir la pulsación en actividades de percusión corporal (sin instrumentos) para ir añadiendo instrumentos musicales de pequeña percusión (maracas, egg shakers, claves, cajas chinas, panderetas...). Más adelante se presentaban instrumentos melódicos (carrillón, metalófono así como barras sonoras) y aquellos de percusión con una mayor presencia y sonoridad (bongos, panderos,...).

Dado que la experiencia de cáncer suele generar altos niveles de incertidumbre, y a fin de facilitar un mayor sentimiento de seguridad en los participantes, la estructura de las sesiones fue siempre la misma, con una parte de inicio, desarrollo y cierre. De este modo, cada sesión comenzó y finalizó con la misma canción de bienvenida y despedida. La parte central de la sesión estuvo organizada de la siguiente manera: Audición musical (en base a selecciones musicales realizadas por la musicoterapeuta y por los propios pacientes); canto y análisis de letras de canciones (sobre temas relacionados con las necesidades de los pacientes), relajación acompañada de música, tocar instrumentos musicales (con actividades estructuradas y de improvisación) así como música movimiento (consistente en movimientos estructurados y de libre expresión). Se tuvieron en cuenta las preferencias musicales de los pacientes y se adaptaron y utilizaron en las actividades a implementar.

4.6. Aspectos éticos

Tal y como se ha explicado en el apartado Procedimiento, los proyectos de estudio fueron presentados y aprobados por el Comité Médico así como por el Comité Ético y de Investigación Clínica (CEIC) de los hospitales correspondientes. Las personas que mostraron interés en participar, recibieron una *Hoja de Información del Estudio* y firmaron un *Consentimiento Informado*, en caso de estar de acuerdo (ver modelo utilizado en el Anexo II – III). En estos documentos se especifica el carácter voluntario de la participación en este estudio, la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento sin ningún impedimento por parte de los investigadores, así como la utilización de sus datos de manera anónima y confidencial.

Con respecto al abordaje de aspectos éticos relacionados propiamente con la dinámica del tratamiento, el primer día de sesión, la musicoterapeuta argumentó y enfatizó ante los participantes la importancia de mantener un respeto y compromiso para preservar la confidencialidad de las cuestiones abordadas durante la sesión, ya sea con respecto a uno mismo o a los otros compañeros del grupo.

En relación al programa mismo de musicoterapia, un aspecto importante, fue el hecho de enseñar a los participantes recursos de autorregulación emocional, de modo que, durante el tratamiento, pudieran ir aprendiendo e integrando alguno de los diferentes recursos de apoyo y acompañamiento que la música puede ofrecerles. El

objetivo era que los pacientes pudieran continuar utilizando y apoyándose en la música y experiencias musicales en su día a día como un recurso personal más de apoyo, y facilitar oportunidades para desarrollar un mayor grado de autonomía y autocontrol emocional.

4.7. Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico se ha empleado el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. Las pruebas estadísticas aplicadas han diferido según los estudios, en base a las recomendaciones indicadas por expertos en materia estadística, así como a las sugerencias realizadas por los revisores de las distintas revistas.

- Artículo 2 – Estudio 1:

El análisis cuantitativo se realizó calculando los estadísticos descriptivos y utilizando la prueba *t* de Student, una prueba paramétrica que sigue una distribución normal pero se ajusta al tamaño pequeño de la muestra, a fin de comparar los resultados entre el pre- y el post-tratamiento de los tests *POMS-A* y *HADS*. También se aplicó esta prueba para comparar los resultados pre- y post-sesión de las puntuaciones de la *EVN Ansiedad* y *EVN Tristeza*. Dado el tamaño pequeño de la muestra, se utilizó la corrección Holm-Bonferroni para contrarrestar el problema de las múltiples comparaciones, y reducir la probabilidad de cometer error de tipo 1 debido a la gran cantidad de hipótesis, o problema de la multiplicidad ($p = 0,05/n$). Se partió de un nivel de significación de $p \leq 0,05$. Adicionalmente, se utilizó el test de Cohen *d* para evaluar el tamaño del efecto.

El análisis cualitativo se realizó a partir de los resultados obtenidos en el CVPMT.

- Artículo 3 – Estudio 2:

Se calcularon los estadísticos descriptivos y se utilizó la prueba *t* de Student para los tests *POMS-A*, *HADS* y *EORTC-QLQ-C30* así como para la *EVN de Ansiedad*, *EVN de Tristeza* y *EVN de Malestar Físico*. También se aplicó la corrección Holm-Bonferroni y el test de Cohen. El nivel de significación fue de $p \leq 0,05$. El análisis cualitativo se realizó a partir de los resultados obtenidos en el CVPMT.

- **Artículo 4 – Estudio 3:**

El análisis cuantitativo llevó a cabo calculando los estadísticos descriptivos y utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos con signo de muestras relacionadas, a fin de comparar los resultados entre el pre- y el post-tratamiento de los tests *POMS-A*, *HADS* y *EORTC-QLQ-C30* y los resultados pre- y post-sesión de las puntuaciones de la *EVN de Ansiedad*, *EVN de Tristeza* y *EVN de Malestar Físico*. El nivel de significación fue de $p \leq 0,05$. El análisis cualitativo se realizó también a partir de los resultados obtenidos en el CVPMT.

4. MÉTODO

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

COPIA DE LAS PUBLICACIONES

La tesis doctoral titulada “Efecto de la Musicoterapia en el Estado de Ánimo y Calidad de Vida de Pacientes con Cáncer” está constituida por las siguientes cuatro publicaciones ya aceptadas o publicadas:

- **Artículo 1:**

Martí-Augé P., Mercadal-Brotons, M., & Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología GAMO*, 14(6)- 346-352.

- **Artículo 2:**

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (en prensa). Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer: Un estudio piloto. *Música, Terapia y Comunicación*.

- **Artículo 3:**

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología*, 12(2-3), 259-282.

- **Artículo 4:**

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 105-128.

No se ha incluido un artículo que se encuentra todavía en fase de 2ª revisión en revista científica.

5. RESULTADOS

5.1. Artículo 1

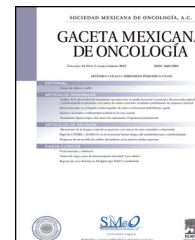
Martí-Augé P., Mercadal-Brotons, M., & Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología GAMO*, 14(6)- 346-352.

5. RESULTADOS



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



ARTÍCULO DE REVISIÓN

La musicoterapia en Oncología



Patricia Martí-Augé^{a,c,*}, Melissa Mercadal-Brotons^b y Carme Solé-Resano^c

^a Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica, Barcelona, España

^b Escola Superior de Música de Catalunya (ESMUC), Barcelona, España

^c Universitat Ramon Llull, FPCEE Blanquerna, Barcelona, España

Recibido el 28 de julio de 2015; aceptado el 3 de noviembre de 2015

Disponible en Internet el 14 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Musicoterapia;
Cáncer;
Distrés;
Psicooncología;
Oncología integrativa

KEYWORDS

Music therapy;
Cancer;
Distress;
Psycho-oncology;
Integrative oncology

Resumen El cáncer puede comportar distrés físico y emocional. El distrés puede ser una reacción normal y adaptativa de los pacientes oncológicos, pero puede también dificultar el ajuste psicológico y, en algunas ocasiones, puede llevar a trastornos psicopatológicos. Las intervenciones psicológicas, así como otras modalidades de tratamiento, suelen ir dirigidas a reducir los síntomas de distrés y a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Numerosos estudios han demostrado la eficacia de la musicoterapia en contextos médicos y oncológicos. El objetivo de este artículo es presentar la musicoterapia como una intervención coadyuvante, que ofrece un enfoque multimodal y holístico, y que permite cubrir las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes con cáncer.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Music therapy in Oncology

Abstract Cancer may bring physical and emotional distress. Distress can be a normal and adaptive reaction from patients experiencing an oncologic illness, but it can also hinder psychological adjustment and, in some cases, can lead patients to psychopathological disorders. Psychological interventions as well as other different treatment modalities are usually used to reduce distress symptoms and to improve quality of life of cancer patients. Many studies have demonstrated the effectiveness of music therapy in the medical and oncologic settings. The purpose of this article is to introduce music therapy as a coadjuvant intervention that offers a multimodal and integrative approach that can address the physical, psychosocial and spiritual needs of cancer patients.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: C/ Rector Ubach, 5. 08021 Barcelona. Móvil: 696 485213.

Correo electrónico: patmarti.mt@gmail.com (P. Martí-Augé).

Introducción

El cáncer es una enfermedad que resulta invasiva, amenazadora y que genera altos niveles de estrés en el enfermo, tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo de su tratamiento. En la actualidad, paralelamente a los tratamientos médico-farmacológicos, se recomiendan intervenciones de carácter psicológico. Desde hace unos años, los tratamientos convencionales del campo de la oncología suelen acompañarse de otras opciones terapéuticas no farmacológicas, que reciben el nombre de «Oncología integrativa»¹.

Diferentes profesionales del campo de la psicooncología sostienen que las necesidades clínicas de las personas con cáncer se centran en diferentes áreas del ser humano y son de tipo fisiológico, psicológico y/o espiritual-existencial^{2,3}. Si bien el tratamiento médico es de crucial importancia, el cuidado de los aspectos psicológicos tiene una función de ayuda y soporte muy importante en el caso de los pacientes de cáncer^{4,5}. La musicoterapia es una disciplina que ha mostrado su eficacia en el contexto oncológico. Es un tratamiento que permite ofrecer un apoyo a nivel integral, pudiendo llegar a cubrir las necesidades de tipo físico, emocional, cognitivo, social y/o espiritual de la persona⁶.

Este artículo tiene como objetivo mostrar algunos de los principales efectos de la música en los pacientes adultos oncológicos y los beneficios de la musicoterapia.

Cáncer, distrés y soporte psicológico

El cáncer es una de las enfermedades neoplásicas que ha recibido más consideración en los últimos años. Según la Sociedad Española de Oncología Médica⁷, la incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 personas. Los avances hechos en el diagnóstico, el tratamiento y la detección precoz han hecho que la supervivencia en el cáncer vaya en aumento. Esto ha conllevado también un aumento del interés y de estudios sobre los aspectos psicosociales del cáncer y, concretamente, sobre los problemas de adaptación psicosocial⁸.

Las personas con cáncer han de hacer frente a una gran variedad de situaciones estresantes, que incluyen el propio diagnóstico, los procedimientos médicos invasivos y los efectos secundarios de los tratamientos, así como diferentes pérdidas personales, psicológicas y físicas. Esto suele comportar un elevado estado de distrés o malestar emocional. La National Comprehensive Cancer Network⁹ desarrolló el concepto de «distrés» para definir esta emoción desagradable que manifiesta un determinado paciente y que puede interferir con la capacidad de hacer frente al cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento. Así pues, el distrés es una experiencia emocional desagradable, de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona y que interfiere con la capacidad de afrontar el cáncer de forma efectiva¹⁰. Si bien el distrés, por sí mismo, no constituye un trastorno mental y la enfermedad y el tratamiento oncológico por sí mismos tampoco conllevan trastornos psicológicos, debemos señalar que en algunos casos su persistencia podría progresar hacia trastornos diversos, como los trastornos adaptativos, que se caracterizan por la

aparición de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor externo estresante⁵.

En el contexto oncológico, el objetivo principal de la intervención es el de responder a las necesidades psicológicas que los pacientes con cáncer puedan presentar a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad y tratar de ayudarles en su proceso de afrontamiento y adaptación. Va por tanto dirigido a que el paciente mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico, a fin de disminuir el malestar emocional y las alteraciones en su vida social, laboral y familiar. Es por ello que en las últimas 3 décadas se ha desarrollado una gran variedad de intervenciones para el manejo del impacto emocional de la enfermedad. Una creciente bibliografía demuestra que diferentes tipos de intervención psicosocial, tanto a nivel individual como grupal, pueden mejorar la calidad de vida, el ajuste psicosocial y la supervivencia de los enfermos con cáncer^{8,11-15}.

Finalmente, cabe decir que, tal y como señalan algunos autores, este tipo de intervención y apoyo del enfermo con cáncer comporta una actuación profesional que no es exclusiva del campo de la psicooncología, sino también de otros ámbitos y especialidades^{16,17}. En la introducción de este artículo, se ha expuesto la importancia del modelo de Oncología integrativa, que se basa en la complementariedad de las diferentes intervenciones, así como en la fuerza de la multidisciplinariedad¹. Una de las disciplinas que ha pasado a ser incorporada en el contexto médico y oncológico es la musicoterapia, disciplina que también ofrece interesantes aportaciones.

Concepto de musicoterapia

De entre las diversas definiciones existentes de la musicoterapia, mostramos seguidamente la que ofrece la World Federation for Music Therapy¹⁸: «Musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas. Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona de manera que pueda conseguir una mejor integración intra y/o interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento».

Interesantes definiciones son también las que aporta la American Music Therapy Association¹⁹, la asociación de musicoterapia que cuenta con más tradición y desarrollo profesional: «La utilización clínica y basada en la evidencia de intervenciones musicales para conseguir objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, por un profesional especializado que ha completado una formación en musicoterapia», así como: «La musicoterapia es una profesión sanitaria consolidada que utiliza la música para abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales, cognitivas y espirituales de las personas. Los musicoterapeutas utilizan diferentes técnicas clínicas basadas en la música a fin de mejorar la calidad de vida de las personas en una variedad de enfermedades o discapacidades, y utilizan la

música e intervenciones basadas en la música sustentadas en las necesidades y preferencias de los pacientes».

Los campos de aplicación de la musicoterapia son amplios y variados, y la utilización de la música en el contexto médico-sanitario ha estado presente desde la antigüedad, si bien su estudio y aplicación como recurso terapéutico ha ido evolucionando en función de las creencias y costumbres de cada época^{20,21}. En este proceso evolutivo se pueden distinguir 3 fases: una primera fase en la que las curas musicales estaban relacionadas con la magia; una segunda en la que la curación estaba relacionada con la religión y, finalmente, una tercera fase caracterizada por el pensamiento racional y científico. Estos diferentes estudios realizados con la música en la terapia fueron constituyendo los fundamentos y precursores de lo que actualmente se conoce como la musicoterapia moderna y científica. Desde los años 80, se ha podido ir observando un creciente interés en la aplicación de la musicoterapia en el campo médico; a ello han contribuido los resultados satisfactorios que se han ido obteniendo en diversos estudios e investigaciones sobre la materia^{22,23}. El número de estudios científicos sobre los efectos de la música en el tratamiento médico continúa creciendo en la actualidad y ofrece valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la salud, así como interesantes implicaciones para futuras investigaciones y aplicaciones, hecho que ha ayudado a validar el uso de la musicoterapia y a reconocer su papel en medicina.

Paralelamente, la musicoterapia forma parte de las terapias artístico-creativas junto con arteterapia, la danza movimiento terapia, dramaterapia y psicodrama²⁴. Asimismo, la SEOM²⁵ la ha integrado como terapia no convencional y no farmacológica dentro del grupo llamado «intervención cuerpo-mente».

Musicoterapia en Oncología

Ya en el año 1978, Munro y Mount describieron la aplicación y la eficacia de la musicoterapia en el contexto oncológico y, desde entonces, diferentes estudios han ido contribuyendo al conocimiento y la difusión del papel de la musicoterapia en este contexto, y han permitido ir integrando progresivamente la musicoterapia en el campo de la oncología y psicooncología²⁶. Musicoterapeutas como O'Callaghan y Hiscock utilizan el término «musicoterapia oncológica» para referirse a intervenciones con musicoterapia dirigidas a enfermos oncológicos de todas las edades, con diferentes pronósticos de cáncer y en diferentes momentos de la enfermedad²⁷. Actualmente, se habla también de «Musicoterapia integrativa», como una especialidad más dentro de los programas de la Oncología integrativa, para tratar diversos síntomas y problemas que suelen vivir los enfermos de cáncer²⁸.

Diversos programas han mostrado cómo la musicoterapia oncológica es un coadyuvante efectivo y una intervención terapéutica que —ofreciendo un enfoque multimodal e integral— permite cubrir las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial y espiritual⁶. De hecho, la literatura muestra resultados interesantes de la aplicación de la musicoterapia como intervención no farmacológica en el campo oncológico, tanto en el ámbito pediátrico como en el de adultos. Si bien en el contexto pediátrico se han

obtenido avances importantes y constituye un amplio y especializado campo de dedicación de los musicoterapeutas, el objetivo de este artículo es mostrar los efectos de la musicoterapia en pacientes oncológicos adultos.

A continuación, se muestran algunos de ellos, clasificados por necesidades de tipo físico y psicosocial.

Funciones de la musicoterapia ante las necesidades físicas del paciente oncológico

La enfermedad de cáncer puede provocar dolor y malestar físico. Asimismo, muchos de los tratamientos que se aplican suelen ser dolorosos y estresantes, y pueden provocar dolor, náuseas y fatiga, así como disminuir el sistema inmunitario²⁹. Seguidamente, se muestran algunos de los efectos —en el área física— de la musicoterapia como terapia coadyuvante llevados a cabo con enfermos oncológicos adultos: disminuir la percepción del dolor³⁰⁻³³; disminuir la tensión y fatiga, y promover estados de bienestar y relajación³⁴⁻³⁹; ayudar a una mejor tolerancia y afrontamiento de los tratamientos, disminuyendo las náuseas⁴⁰⁻⁴³.

Las náuseas, el dolor, la fatiga, el malestar, etc., son efectos secundarios frecuentemente resultantes de la quimioterapia y radioterapia —entre otros tratamientos— que, juntamente con los efectos derivados de la propia enfermedad, generan malestar físico en el paciente. La disminución del bienestar físico y funcional del enfermo compromete su calidad de vida, y afecta a su vez al bienestar y funcionamiento psicológico y social del paciente. Ello genera toda una serie de necesidades psicosociales, e incluso espirituales, que precisan también ser atendidas.

Funciones de la musicoterapia ante las necesidades psicosociales y espirituales del paciente oncológico

Según establece el modelo médico biopsicosocial de Engel⁴⁴ los procesos psicológicos pueden influir también en el funcionamiento físico. La música afecta las experiencias psicológicas en tanto que puede modular la atención (captando la atención y distrayendo del dolor), la emoción (elicitando emociones o evocando recuerdos), la cognición (conectando significados subjetivos, sociales y culturales), la conducta (condiciona y refuerza una conducta nueva o aprendida), así como la comunicación (promoviendo las interacciones no verbales, cohesión, interpersonales)⁴⁵.

El estado emocional del enfermo oncológico suele verse afectado a lo largo de las diferentes fases y procesos de la enfermedad. Estas son algunas de las funciones que puede tener la musicoterapia a nivel emocional: mejorar el estado anímico^{34,38,46-49}; reducir los niveles de ansiedad y/o depresión^{39,50-56}, y soporte, ventilación y/o expresión emocional^{35,45,57-60}.

Al igual que las emociones y los sentimientos, las funciones y los procesos cognitivos pueden verse modulados ya desde el mismo momento del diagnóstico. Varios son los autores que han trabajado aspectos relacionados con la dimensión cognitiva, destacando los siguientes efectos: distracción y evasión del sufrimiento o preocupaciones y recordar y/o evocar aspectos agradables, positivos y significativos^{52,61,62}; abordar y procesar aspectos

no resueltos y/o reformular y reestructurar cognitivamente la situación, aumentar las estrategias de afrontamiento y/o aumentar la sensación de control^{32,38,62}, y ofrecer una experiencia creativa⁶³⁻⁶⁶.

Las enfermedades oncológicas pueden comportar cambios también a nivel social-relacional. El paciente suele presentar conductas de aislamiento y falta de comunicación. La música es considerada un potente agente socializador⁶⁷ y, aplicada en el contexto oncológico, ha mostrado ser de ayuda para: facilitar la comunicación e interacción social con el musicoterapeuta, con otros profesionales y/o con otros miembros del grupo; establecer vínculos y potenciar la cohesión del grupo^{38,45,47,57,58,64,68,69}, y favorecer la comunicación entre el paciente y su familia^{62,70,71}.

Finalmente, se debe destacar la importancia de cuidar los aspectos espirituales del paciente oncológico. La música tiene una importante aportación a realizar en este sentido, como es: acompañamiento espiritual/existencial y ofrecer un nuevo enfoque y sentido a la vida^{62,63,72}, y mejorar la calidad de vida^{59,73-75}.

Los artículos y los estudios publicados permiten mostrar cómo la música puede ofrecer acompañamiento y apoyo durante todo el proceso oncológico y, por tanto, a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad. Los tratamientos oncológicos se caracterizan por ser invasivos y estresantes para el paciente, de ahí la importancia de incluir otras modalidades de intervención como la musicoterapia, a fin de poder contrarrestar o paliar esos efectos y contribuir a una mayor bienestar y calidad de vida de la persona afectada por un proceso oncológico. A nivel metodológico, se debe señalar que este tratamiento puede ser aplicado tanto a nivel individual como grupal, según las necesidades de cada persona, así como los protocolos diseñados según cada centro u hospital. Con respecto a las intervenciones en grupo, la literatura muestra experiencias llevadas a cabo con grupos de pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos. Una gran mayoría de los estudios realizados hasta el momento suelen presentar muestras de sujetos muy heterogéneas en cuanto a variables tanto de tipo sociodemográfico (rango de edad, sexo, situación familiar, situación laboral, etc.) como clínico (tipo de diagnóstico oncológico, fase de enfermedad, en tratamiento activo o en fase de intervalo libre de enfermedad, etc.). En los últimos años, se están llevando a cabo intervenciones diseñadas con unos criterios de inclusión más restrictivos y, consecuentemente, más específicos, que permiten configurar grupos mucho más homogéneos.

De entre los diferentes modelos y orientaciones teóricas que existen actualmente en el contexto de la musicoterapia, la orientación cognitivo-conductual ha sido ampliamente considerada en las intervenciones realizadas en el contexto médico-sanitario. A lo largo de los años, se han llevado a cabo un gran número de intervenciones cognitivo-conductuales desde el campo de la psicooncología. La mejora del bienestar emocional es una de las áreas en psicooncología en las que las intervenciones cognitivo-conductuales han tenido más impacto. Este uso extensivo puede ser atribuido a varios factores, como son su demostrada efectividad en cuanto a reducir el malestar emocional y controlar algunos de los síntomas físicos del paciente, su brevedad en cuanto al periodo de implementación, su adaptación a los pacientes, así como su buena aceptación y acogida por parte del enfermo⁷⁶. De

ahí que la musicoterapia aplicada en el contexto médico sanitario apueste frecuentemente por esta orientación.

Con respecto al marco teórico y metodológico, debemos destacar un aspecto muy importante: cuando hablamos de intervenciones de musicoterapia, debemos distinguir entre las denominadas intervenciones musicales en medicina (*music medicine interventions*) y la musicoterapia propiamente (*music therapy*). Así, en las intervenciones musicales en medicina, el paciente escucha música grabada que es ofrecida por un profesional sanitario. La musicoterapia, por su parte, requiere la implementación de una intervención musical por parte de un musicoterapeuta profesional, la presencia de un proceso terapéutico y la aplicación de experiencias musicales adaptadas de manera personalizada⁶.

Con respecto al tipo de técnicas, la musicoterapia aplica diferentes técnicas en función de los objetivos terapéuticos formulados en cada caso. Una clasificación de las mismas es la que plantea Standley en su metaanálisis, dividiéndolas en técnicas activas con música en vivo y en técnicas receptivas con música grabada²². Dentro de las técnicas receptivas, podemos destacar la relajación con música, el análisis lírico así como las audiciones musicales. Actualmente, en nuestro país, la musicoterapia es cada vez más conocida por sus efectos elicítadores de estados de relajación. No obstante, se debe destacar también el gran efecto terapéutico que ofrecen las técnicas de carácter activo. Son técnicas que contemplan cantar canciones, tocar instrumentos musicales, improvisación instrumental o vocal, composición de canciones, técnicas musicales combinadas con otras artes, así como técnicas de música y movimiento. Ellas permiten favorecer la expresión emocional, facilitar la focalización de la atención en la música (para distraer así de pensamientos negativos o preocupaciones), aumentar la interacción social o promover estados de relajación. Paralelamente, estas estrategias pueden ayudar a disminuir la ansiedad, la depresión, y/o el malestar físico⁷⁷.

Un último aspecto a señalar a nivel metodológico es la importancia del trabajo en equipo. En el ámbito hospitalario y sanitario, el musicoterapeuta suele trabajar en estrecho contacto con el psicooncólogo y/o con los profesionales de enfermería, logopedas y fisioterapeutas, así como con oncólogos, entre otros profesionales.

Conclusiones

Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento suelen conllevar un malestar físico que frecuentemente altera el estado de ánimo, las relaciones familiares y sociales, y disminuye la calidad de vida del enfermo. Los estudios llevados a cabo hasta el momento actual muestran cómo la música puede tener interesantes y beneficiosos efectos en el paciente oncológico, y permite cubrir necesidades tanto de tipo físico como psicosocial y/o espiritual. Ello nos lleva a concluir que la música es una modalidad de intervención que puede ser eficazmente aplicada e incorporada como una disciplina más del tratamiento integral del cáncer.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés para la elaboración de este manuscrito.

Referencias

1. Barton D, Bauer-Wu S. The emerging discipline of integrative oncology. *Oncology (Williston Park)* [Internet]. 2009;23 11 Suppl Nurse Ed:46–9 [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856609>.
2. De Cáceres M, LuisaRuiz F, Germà JR, et al. Adaptándonos a la situación: aspectos psicológicos. *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Barcelona: Pfizer Oncología; 2007. p. 44–83.
3. Holland J, Lewis S. La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza afrontar la incertidumbre. Barcelona: Herder; 2003.
4. Meseguer C. El adulto con cáncer. En: Die Trill M, editor. *Psicooncología*. Madrid: ADES Ediciones; 2003. p. 103–14.
5. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, et al. Salud mental y mal-estar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* [Internet]. 2013;9:233–57 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40895>.
6. Bradt J, Dileo C, Grocke D, et al. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;9–11.
7. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2014 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/prensa/>
8. Narváez A, Rubiños C, Gómez R, et al. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivoconductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2008;5:93–102 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130093A>.
9. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology drug compendium, oncology continuing medical education [consultado 22 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.nccn.org/>.
10. Almanza JJ, Rosario I, Silva J, et al. Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *An Médicos*. 2010;55:15–23.
11. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2007;4:133–42 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120133A>.
12. Die Trill M. Impacto psicosocial del cáncer colorrectal. *Contigo*. 2007;19–21.
13. Rodríguez E, Font A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología* [Internet]. 2013;10:275–87 [consultado 21 Feb 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43449>.
14. González A, Montesinos F, Eguino A, et al. «Mucho x vivir»: atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2007;4:417–22 [consultado 21 Mar 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220417A>.
15. Robles R, Morales M, Jiménez LM, et al. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología* [Internet]. 2009;6:191–201 [consultado 21 Mar 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>.
16. Pocino M, Luna G, Canelones P, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 2007;4:59–73 [consultado 21 Mar 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120059A>.
17. Yélamos C, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En: Astudillo W, Montiano E, Salinas-Martín A, et al., editores. *Manejo del cáncer en atención primaria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2009. p. 267–84.
18. World Federation for Music Therapy. WFMT [Internet]. What is music therapy? 2011 [consultado 10 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>.
19. American Music Therapy Association (AMTA) [Internet]. Definition and quotes about music therapy | definition and quotes about music therapy. 2015 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>.
20. Alvin J. *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1984.
21. Maranto CD. A classification model for Music and Medicine. *Applications of music in medicine*. Washington DC: National Association for Music Therapy; 1991. p. 1–6.
22. Standley JM. Investigación sobre música en el tratamiento médico. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en Medicina*. Aplicaciones prácticas. Barcelona: Editorial Médica Jims; 2010. p. 1–63.
23. Dileo C. Effects of music and music therapy on medical patients: A meta-analysis of the research and implications for the future. *J Soc Integr Oncol* [Internet]. 2006;4:67–70 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442338>.
24. Mateos LA. *Terapias artístico creativas: musicoterapia, arte terapia, danza movimiento terapia, drama terapia, psicodrama*. Salamanca: Amarú Ediciones; 2011.
25. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. *Musicoterapia* [Internet] [consultado 22 Mar 2015]. Disponible en: <http://oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas/terapia-cuerpo-mente/114216-musicoterapia>.
26. Munro S, Mount B. Music therapy in palliative care. *Can Med Assoc J* [Internet]. 1978;119:1029–34 [consultado 21 Feb 2015]. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1819041&tool=pmcentrez&rendertype=Abstract>.
27. O'Callaghan C, Hiscock R. Interpretive subgroup analysis extends modified grounded theory research findings in oncologic music therapy. *J Music Ther* [Internet]. 2007;44:256–81 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1764538828>.
28. Magill L. Role of music therapy in integrative oncology. *J Soc Integr Oncol* [Internet]. 2006;4:79–81 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442341>.
29. Comprehensive Cancer Information-National Cancer Institute [Internet] [consultado 21 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/>.
30. Beck SL. The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1991;18:1327–37 [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1762973>.
31. Flaugher M. The intervention of music on perceptions of chronic pain, depression, and anxiety in ambulatory individuals with cancer [Internet]. Birmingham, AL: The University of Alabama at Birmingham; 2002 [consultado 26 Feb 2015].
32. Magill-Levreault L. Music therapy in pain and symptom management. *J Palliat Care* [Internet]. 1993;9:42–8 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8133409>.
33. Zimmerman L, Pozehl B, Duncan K, et al. Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *West J Nurs Res*. 1989;11:298–309.
34. Bailey LM. The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Ther*. 1983;3:17–28.
35. Bellamy MA, Willard PB. Music Therapy: An integral component of the oncology experience. *Int J Arts Med*. 1993;11:14–9.
36. Boldt S. The effects of music therapy on motivation, psychological well-being, physical comfort, and exercise endurance of bone marrow transplant patients. *J Music Ther* [Internet]. 1996;33:164–188. [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <http://jmt.oxfordjournals.org/content/33/3/164.Abstract>.

37. Burns SJ, Harbuz MS, Hucklebridge F, et al. A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2001;7:48–56 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1119104238>.
38. Carballo P, Martí P. Musicoterapia y Oncología: una experiencia con un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Música, Ter y Comun.* 2008;28:27–42.
39. Sabo CE, Michael SR. The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. *Cancer Nurs* [Internet]. 1996;19:283–9 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8768686>.
40. Ezzone S, Baker C, Rosselet R, et al. Music as an adjunct to anti-emetic therapy. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1998;25:1551–6 [consultado 28 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9802051>.
41. Sahler OJ, Hunter BC, Liesveld JL. The effects of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: A pilot feasibility study. *Altern Ther Heal Med.* 2003;9:70–4.
42. Standley JM. Clinical application of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Ther Perspect.* 1992;10:27–35.
43. Weber S, Nuessler V, Wilmanns W. A pilot study on the influence of receptive music listening on cancer patients during chemotherapy. *Int J Arts Med.* 1997;5:27–35.
44. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* [Internet]. 1997;38:521–8 [consultado 30 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9427848>.
45. Dvorak A. Music therapy support groups for cancer patients and caregivers [Internet]. Iowa City, University of Iowa; 2011 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2602&context=etd&unstamped=1>.
46. Cassileth BR, Vickers AJ, Magill LA. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: A randomized controlled trial. *Cancer* [Internet]. 2003;98:2723–9 [consultado 18 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14669295>.
47. Martí P, Mercadal-Brotons M, Solé C. Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología.* 2015;12:105–28.
48. Stordahl JJ. The influence of music on depression, affect, and benefit finding among women at the completion of treatment for breast cancer [Internet]. ProQuest Dissertations and Theses. University of Miami 2009 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1336&context=oa_dissertations
49. Waldon EG. The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *J Music Ther* [Internet]. 2001;38:212–38 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570933>.
50. Bulfone T, Quattrin R, Zanotti R, et al. Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2009;23:238–42 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19574761>.
51. Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *J Music Ther* [Internet]. 2006;43:247–65 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17037953>.
52. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *J Music Ther* [Internet]. 2007;44:242–55 [consultado 23 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645387>.
53. Horne-Thompson A, Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *J Palliat Med* [Internet]. 2008;11:582–90 [consultado 21 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18454611>.
54. O'Callaghan C, Sproston M, Wilkinson K, et al. Effect of self-selected music on adults' anxiety and subjective experiences during initial radiotherapy treatment: A randomised controlled trial and qualitative research. *J Med Imaging Radiat Oncol* [Internet]. 2012;56:473–7 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22883658>.
55. Serra Vila M. Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo [Internet]. Barcelona, Universitat Ramon Llull, 2013 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/108962>.
56. Smith M, Casey L, Johnson D, et al. Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2001;28:855–62 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11421145>.
57. Bailey LM. The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *Music Ther.* 1984;1:5–17.
58. Martí P, Carballo P. Musicoterapia y cáncer de mama. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas.* Barcelona: Editorial Médica Jims; 2010. p. 251–70.
59. Nakayama H, Kikuta F, Takeda H. A pilot study on effectiveness of music therapy in hospice in Japan. *J Music Ther* [Internet]. 2009;46:160–72 [consultado 27 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19463033>.
60. Tilch S, Haffa-Schmidt U, Wandt H, et al. Supportive music therapy improves mood states in patients undergoing myeloblastic chemotherapy. *Bone Marrow Transpl.* 1999;23 Suppl.1:566.
61. Beggs C. Life review with a palliative care patient. Case studies in music therapy. Phoenixville: Barcelona Publishers; 1991. p. 611–6.
62. Hogan BE. The experience of music therapy for terminally ill patients; a phenomenological research project. En: Rebollo Pratt R, Erdonmez-Grocke D, editores. *Music Medicine.* Melbourne: University of Melbourne; 1999. p. 242–52.
63. Aldridge D. Music therapy in Palliative Care: New voices [Internet]. London: Jessica Kingsley Publishers; 1999 [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=ctggaJxoRaQC&pgis=1>.
64. Daykin N, McClean S, Bunt L. Creativity, identity and healing: participants' accounts of music therapy in cancer care. *Heal An Interdiscip J Soc study Heal illness, Med* [Internet]. 2007;11:349–370 [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606699>.
65. Mandel SE. Pain music creativity and music therapy in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care.* 1996;13:43–9.
66. O'Callaghan C. Therapeutic opportunities associated with the music when using song writing in palliative care. *Music Ther Perspect.* 1997;15:32–38.
67. Gaston TE. *Music in therapy.* New York: The Macmillan Company; 1968.
68. O'Callaghan C, Colegrove V. Effect of the music therapy introduction when engaging hospitalized cancer patients. *Music Ther Perspect.* 1998;17:67–74.
69. Tobia DM, Shamos EF, Harper DM, et al. The benefits of group music at the 1996 music weekend for women with cancer. *J Cancer Educ* [Internet]. 1999;14:115–9 [consultado 2 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10397489>.
70. Allen JL. The effectiveness of group music psychotherapy in improving the self-concept of breast cancer survivors [Internet]. Philadelphia, PA: Temple University; 2010 [consultado

- 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://digital.library.temple.edu/cdm/compoundobject/collection/p245801coll10/id/104147/rec/18>
71. O'Kelly J. Saying it in song: Music therapy as a carer support intervention. *Int J Palliat Nurs*. 2008;14:281-6.
 72. Bradt J, Dileo C. Music therapy for end-of-life care. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2010:CD007169 [consultado 14 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091619>.
 73. Hanser SB, Bauer-Wu S, Kubicek L, et al. Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *J Soc Integr Oncol* [Internet]. 2006;4:116-24 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442346>.
 74. Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Music Ther* [Internet]. 2003;40:113-37 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14505443>.
 75. Magill L. The meaning of the music: The role of music in palliative care music therapy as perceived by bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2009;26:33-9 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19047488>.
 76. Bellver A, Sánchez-Cánovas J, Santaballa A, et al. Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología* [Internet]. 2009;6:139-54 [consultado 26 Feb 2015]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120139A>.
 77. Kruse J. Music therapy in United States cancer settings: Recent trends in practice. *Music Ther Perspect*. 2003;21:89-98.

5.2. Artículo 2 – Estudio 1

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (en prensa). Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer: Un estudio piloto. *Música, Terapia y Comunicación*.

5. RESULTADOS

Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer:

Un estudio piloto ^(*)

Resumen

El objetivo de este estudio piloto fue evaluar la efectividad de un tratamiento de musicoterapia en grupo en el estado anímico de pacientes oncológicos. Veintidós sujetos (20 mujeres y 2 hombres) diagnosticados de cáncer participaron semanalmente en un tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia de 90 minutos/sesión. Antes y después del tratamiento se administraron los siguientes instrumentos: el *Perfil de los Estados de Ánimo –versión reducida-A (POMS-A)* y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*HAD*). Se midió el nivel de Ansiedad y Tristeza mediante una Escala Visual Numérica (EVN) a nivel de pre- y post-sesión. Se utilizó una *Hoja de Observación y Registro de Conductas* y un *Cuestionario de Valoración del Programa* (instrumentos propios, elaborados *ad hoc*). Los resultados obtenidos muestran una disminución estadísticamente significativa del Índice de Alteración Emocional y de las subescalas Tensión y Depresión del POMS-A. Las subescalas Vigor y Fatiga reflejan un empeoramiento del síntoma al finalizar el tratamiento, esta última incluso a un nivel de significación estadística. Se han detectado cambios significativos en la subescala Ansiedad del HAD así como en los niveles de EVN Ansiedad y Tristeza.

Palabras clave: cáncer, musicoterapia, estado de ánimo, tratamiento grupal

Abstract

The aim of this pilot study was to evaluate the effectiveness of a group music therapy intervention on mood of cancer patients. Twenty-two subjects (20 women and 2 men) who had been diagnosed with cancer participated in this a music therapy program consisting of eight-weekly group music therapy sessions, 90 minute/session. Participants completed the following tests: Profile of Mod States (*POMS-A*) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (*HADS*) before and after the intervention (pre/post). A two item Numerical Rating Scale (*NRS*) for Anxiety and Sadness was

(*) Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (en prensa). “Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer: Un estudio piloto”. *Música, Terapia y Comunicación*.

5. RESULTADOS

administered at the beginning and end of each session (pre/post session). An *Observation Behavior Form* and *Music Therapy Program Satisfaction Questionnaire* (designed *ad hoc*) were administered at the end of the program. Results showed a statistically significant reduction in the POMS-A' Total Mood Disturbance Scores and in Tension and Depression, in the HADS Anxiety subscale, and in the Anxiety and Sadness NRS. Vigor and Fatigue subscales showed a symptom worsening in the post-treatment, and Fatigue showed this change at a statistically significant level. The Music Therapy Program Satisfaction Questionnaire showed that participants perceived this treatment as very useful and helpful.

Key words: cancer, music therapy, mood, group treatment

Tratamiento de musicoterapia para el estado anímico de pacientes con cáncer: Un estudio piloto

Introducción

El enfermo de cáncer ha de hacer frente a una gran variedad de situaciones estresantes que incluyen el propio diagnóstico, los procedimientos médicos invasivos y los efectos secundarios de los tratamientos, además de diferentes pérdidas personales, psicológicas y físicas. Esto suele comportar un elevado estado de distrés o malestar emocional. La National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2011) desarrolló el concepto de “distrés” para definir esta emoción desagradable que manifiesta un determinado paciente, y que resulta en una experiencia emocional desagradable, de naturaleza multifactorial, que puede incidir en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, e interferir con su capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento (Almanza, Rosario, Silva, & De la Huerta, 2010).

El distrés, por sí mismo, no constituye un trastorno mental; aún y así, su persistencia puede progresar hacia trastornos mentales diversos. Autores como Hernández y Cruzado (2013) sostienen que el sufrimiento psicológico en los enfermos oncológicos llega a alcanzar un nivel de malestar clínico en la mitad de los pacientes, y que puede acompañarse de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos. Detectar estos problemas es importante como también lo es el poder derivar a estos pacientes a profesionales de la psicooncología así como de otros ámbitos y especialidades (Pocino, Luna, Canelones, Mendoza, Romero, Palacios, et al., 2010; Yélamos & Fernández, 2009). Las intervenciones psicológicas van dirigidas, entre otros aspectos, a paliar el malestar emocional y a promover una mejor adaptación a la enfermedad, a sus tratamientos y a los posibles efectos secundarios y/o secuelas. Y la musicoterapia puede realizar también una interesante aportación en este contexto.

Desde hace unos años, los tratamientos convencionales del campo de la oncología suelen acompañarse de otras opciones terapéuticas que reciben el nombre de “Oncología Integrativa”. En la literatura se puede encontrar el término “Musicoterapia Integrativa” (Magill, 2006). La Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM (2015) ha incluido la musicoterapia dentro de su nueva sección de Medicina Integrativa bajo la modalidad de “terapias cuerpo-mente” a fin de que profesionales sanitarios, pacientes y familiares puedan disponer de información basada en la evidencia científica.

5. RESULTADOS

Una revisión Cochrane sobre la musicoterapia oncológica confirma que esta disciplina ha demostrado ser un coadyuvante efectivo y una intervención terapéutica que ofrece un enfoque multimodal e integral, que permite cubrir las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial y espiritual (Bradt, Dileo, Grocke, & Magill, 2011). Uno de los beneficios específicos de esta modalidad de intervención que recoge este estudio Cochrane está relacionado con el estado de ánimo. La música tiene un impacto inmediato en el estado psicológico e incide especialmente en la dimensión emocional. El enfoque no verbal de la música junto con el procesamiento verbal promueve la expresión de emociones y sentimientos.

Diferentes estudios han mostrado la eficacia de la música como catalizador de emociones y como recurso para mejorar el estado anímico, para reducir los niveles de ansiedad y/o depresión, así como para soporte, ventilación y/o expresión emocional (Carballo & Martí, 2008; Dvorak, 2011; Martí & Carballo, 2010; Martí, Mercadal-Brotons, & Solé, 2015; Serra, 2013; Stordahl, 2009; Waldon, 2001).

Kruse (2003) entrevistó a musicoterapeutas que trabajaban en el ámbito de la musicoterapia oncológica a fin de determinar las tendencias de práctica clínica de esta disciplina en este contexto, y observó que todos ellos tenían como objetivo principal de intervención promover la expresión de sentimientos y emociones. El enfoque no verbal de la música junto con el procesamiento verbal, ayudan a las personas con cáncer a tener oportunidades de expresión sobre aspectos relacionados con la enfermedad, a relacionarse con otras personas que están pasando por una situación similar a la suya, y a desarrollar e integrar en su día a día nuevos recursos de afrontamiento a la enfermedad basados en la música (Carballo & Martí, 2008; Martí & Carballo., 2010; Martí et al 2015). Las técnicas de musicoterapia permiten trabajar diferentes objetivos terapéuticos, como favorecer la expresión emocional, facilitar la focalización de la atención en la música (para distraer así de pensamientos negativos o preocupaciones), aumentar la interacción social y promover estados de relajación. Paralelamente, estas estrategias pueden ayudar a disminuir la ansiedad o la depresión.

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

5. RESULTADOS

1. Evaluar si hay una mejora en el estado anímico, ansiedad y depresión de un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer una vez finalizado el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia (pre/post-tratamiento).
2. Evaluar si hay una mejora en cuanto a los niveles de ansiedad y tristeza después de cada sesión de musicoterapia (pre/post-sesión).

Método

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 45 sujetos con afectación oncológica atendidos en el *Institut Català d'Oncologia de Badalona - Hospital General Germans Trias i Pujol (Can Ruti)*. Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: a) sujetos adultos, de cualquier rango de edad, diagnosticados de cáncer, en cualquier estadio de la enfermedad; b) haber recibido, o estar recibiendo, tratamiento oncológico activo; c) haber recibido al menos una primera visita de soporte psicológico por parte de la psicooncóloga de la unidad en la que se haya detectado la presencia de problemas de malestar emocional; d) no haber recibido previamente un tratamiento de musicoterapia; y e) haber dado su consentimiento para participar en este estudio. Los criterios de exclusión fueron: a) presencia de psicopatología psiquiátrica previa; b) problemas de hipoacusia moderada o severa; y c) dificultad física para desplazarse semanalmente al hospital.

De los 45 sujetos que fueron derivados, 14 de ellos no llegaron a participar en el programa, por complicaciones en su estado físico o por incompatibilidad horaria; además, algunos de ellos rehusaron participar por “no tener clara la utilidad del tratamiento”. Además, 9 de ellos tuvieron que ser excluidos del análisis final por no haber completado los post-tests o por baja asistencia. Así pues, la muestra final estuvo compuesta por 22 pacientes, con un rango de edad de 35 a 71 años ($M=53,73$, $SD=9,573$). La Tabla 1 recoge el perfil sociodemográfico y clínico de los participantes.

[Insertar Tabla 1]

Diseño

Se trata de un diseño intrasujeto, de medidas repetidas. La variable dependiente (pre- y post-tratamiento) es el estado de ánimo percibido por los participantes y medido mediante el el POMS-A y el HAD. La variable dependiente (pre y post-sesión) incluye cambios en ansiedad y tristeza, evaluados mediante una Escala de Valoración Numérica (EVN).

Instrumentos de evaluación

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- La *Escala Perfil de los Estados de Ánimo, POMS* (McNair, Lorr, & Droppelman, 1992) consta de 58 ítems que permite evaluar el estado de ánimo. Para este estudio, con el objetivo de facilitar su aplicación a las pacientes, se utilizó el POMS-A, la versión reducida A de 15 ítems elaborada por Fuentes, García-Merita, Melià y Balaguer (1994). Se trata de un auto-informe que incluye 4 escalas de afectos negativos, Tensión, Depresión, Cólera y Fatiga, y una escala de afecto positivo, Vigor. Los ítems son adjetivos sobre diferentes estados afectivos de los que el paciente ha de graduar la intensidad de cada uno de ellos según los haya sentido durante los últimos 7 días, y en un formato de escala Likert de 5 puntos. La puntuación máxima de cada subescala es de 12 puntos, y de 60 para el Índice de Alteración Emocional. También ha sido frecuentemente utilizada en el campo de la oncología y musicoterapia.
- La *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD* (Zigmond & Snaith, 1983) es una escala ampliamente utilizada en oncología, que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física en el contexto hospitalario. Tiene un total de 14 ítems, repartidos en dos subescalas de 7 ítems cada una, para medir: Ansiedad y Depresión. Consta de 4 opciones relativas a la frecuencia con la que se da un cierto tipo de respuesta definida como de ansiedad o de depresión, en un marco temporal de los últimos 7 días. Para este estudio se utilizó la versión española, adaptada de Caro e Ibáñez (1992).
- La *Escala de Valoración Numérica (EVN)* se emplea habitualmente en el contexto hospitalario como un instrumento rápido y sencillo de *screening*, que tiene como objetivo evaluar la intensidad de un síntoma. En este estudio se utilizó una ENV de

11 puntos (0-10), en la que se presenta una línea recta horizontal numerada de 0 a 10, en cuyos extremos se representa la polarización de la intensidad del síntoma (donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 el síntoma a un nivel máximo e insoportable). Se han presentado 2 EVN para los ítems de Ansiedad y Tristeza, y se pide a los participantes que las completen al inicio y final de cada sesión.

- La *Hoja de Observación y Registro de Conductas* (instrumento diseñado *ad hoc*) fue utilizada por la musicoterapeuta después de cada sesión a fin de recoger información sobre el estado anímico, en relación a la expresión emocional de cada participante, su atención-participación en la tarea musical, la interacción social, y asistencia a la sesión.
- El *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* (instrumento diseñado *ad hoc*), fue administrado una vez finalizado el programa, de manera anónima, a fin de recoger feedback e información de la experiencia de los participantes en las sesiones de musicoterapia.

Procedimiento

Tras presentar el proyecto de este estudio piloto al Servicio de Oncología Médica del *Institut Català Oncològic - ICO Badalona (Hospital Germans Trias i Pujol – Can Ruti)* y recibir aprobación del Comité de Ética e Investigación (CEIC), la psicooncóloga de la Unidad de Psicooncología del hospital, se encargó de reclutar a los pacientes, informándoles de este programa e invitándoles a participar en el mismo. Si el sujeto mostraba interés por participar, firmaba el *Consentimiento Informado* y se le incluía en una lista de espera. Una vez configurado un grupo de entre 8-10 personas, se iniciaba cada programa de tratamiento.

Antes de empezar la primera sesión, se procedió a la aplicación del POMS-A y HAD. Una vez finalizada la última sesión, se volvieron a administrar ambos instrumentos juntamente con un *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia*. Además, en el momento antes de empezar cada sesión y justo al acabarla se solicitó a cada participante que valorase los 2 ítems de Ansiedad y Tristeza de la EVN. Después de cada sesión, la musicoterapeuta cumplimentaba, para cada paciente, una *Hoja de Observación y Registro de Conductas* observadas en la sesión. Semanalmente, se implementaba una sesión de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración, en la sala de Psicooncología del hospital. A lo largo de todo el estudio, se

configuraron 5 grupos en total; una vez finalizaba un grupo, se procedía a iniciar el siguiente.

Sesiones de Musicoterapia

Los 22 sujetos de este estudio participaron en uno de los 5 grupos que se configuraron y participaron en un total de 8 sesiones semanales de musicoterapia de 90 minutos de duración. Los objetivos terapéuticos del programa de musicoterapia iban dirigidos a cubrir el área emocional y social-interactiva a fin de mejorar el estado de ánimo. Este programa de musicoterapia pretendió también facilitar recursos y estrategias de autorregulación emocional a los participantes para que pudieran tener una utilidad no sólo durante las sesiones terapéuticas, sino también integrar y transferir alguno de esos aprendizajes en su día a día. Otros objetivos adicionales se dirigían a las áreas cognitiva y física. Todas las sesiones fueron dirigidas por la misma musicoterapeuta profesional, especializada a su vez en psicooncología.

Siguiendo las recomendaciones del estudio Cochrane (Bradt et al., 2011), la intervención de musicoterapia consistió en la aplicación de diferentes técnicas y actividades musicales, siempre diseñadas e implementadas para trabajar alguno de los objetivos terapéuticos dirigidos a favorecer la expresión y ventilación emocional, canalizar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal mediante la música, facilitar estados de relajación y distracción, y promover la interacción grupal. Las técnicas aplicadas fueron de carácter activo, tales como cantar canciones, análisis lírico, tocar instrumentos musicales, improvisación instrumental, música y movimiento, así como técnicas de tipo pasivo-receptivo, entre las que se encuentran la relajación acompañada de música y las audiciones musicales. El programa de musicoterapia se basa en una orientación cognitivo-conductual principalmente.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. Se han calculado descriptivos (frecuencias, medias y desviaciones tipo) y se ha aplicado la prueba *t* de Student, como prueba paramétrica que sigue una distribución normal. Dado el tamaño pequeño de la muestra, se utilizó la corrección Holm-Bonferroni para contrarrestar el problema de las múltiples comparaciones, y reducir la probabilidad de cometer error de tipo 1 debido a la gran

cantidad de hipótesis ($p = 0.05/n$). Se partió de un nivel de significación de $p \leq 0.05$. Adicionalmente, se utilizó el test de Cohen d para evaluar el tamaño del efecto. Para llevar a cabo el análisis estadístico se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.

Resultados

De los 31 participantes que acabaron participando, 9 de ellos fueron excluidos del análisis final por no haber podido completar los post-tests o por haber faltado a más del 50% de las sesiones (a fin de poder valorar de una manera más rigurosa la eficacia de la intervención, los investigadores establecieron como criterio adicional de inclusión para el análisis de datos el haber asistido al menos al 50% de las sesiones). La muestra final fue, pues, de 22 participantes.

Con respecto a la variable Estado Anímico de la Escala POMS-A, se observa que la media de las puntuaciones del Índice de Alteración Emocional muestra un cambio estadísticamente significativo del pre- al post-test. Este cambio significativo se da también en las subescalas de Tensión, Depresión y Fatiga. La subescala Cólera, pese a no alcanzar significación apunta hacia una línea deseada de cambio. La subescala Fatiga presenta una mayor puntuación al finalizar el tratamiento y, por tanto, un empeoramiento de este síntoma (de ahí que el resultado de la t-Student presente una puntuación negativa). Con respecto a la subescala Vigor cabe señalar que muestra una puntuación más baja en el post-tratamiento, una disminución que en este caso representa un empeoramiento del síntoma dado que se trata de una variable positiva. La Tabla 3 recoge estos resultados.

[Insertar Tabla 2]

En cuanto a la media de puntuaciones pre-tratamiento de cada subescala, se observa que se sitúan en un rango medio y medio-bajo de malestar emocional: Tensión $M = 6,05$ ($DT = 3,229$), Depresión $M = 5,91$ ($DT = 3,235$), Cólera $M = 6,50$ ($DT = 2,502$), Vigor $M = 3,64$ ($DT = 3,540$), y Fatiga $M = 4,32$ ($DT = 2,212$). La media de puntuaciones obtenidas en el post-tratamiento disminuye: Tensión $M = 4,05$ ($DT = 2,257$), Depresión $M = 2,86$ ($DT = 2,748$), Cólera $M = 5,09$ ($DT = 3,235$), Vigor $M = 2,41$ ($DT = 2,482$), y Fatiga $M = 5,86$ ($DT = 2,660$). El IAE parte de unas puntuaciones iniciales que corresponden a un rango medio de malestar emocional, con una media de $M = 30,50$

5. RESULTADOS

(DT= 10,437) antes de iniciar el tratamiento que se reduce a 20,45 (DT= 9,946) tras finalizar el mismo.

Por otro lado, respecto a las variables Ansiedad y Depresión de la escala HAD, la prueba *t* de Student presenta una disminución en las puntuaciones para ambas subescalas, pero la diferencia únicamente es estadísticamente significativa para la Ansiedad. El tamaño del efecto para esta variable se sitúa en un rango medio (Ver Tabla 3).

[Insertar Tabla 3]

Los estadísticos descriptivos recogen para la variable Ansiedad, antes de iniciar el tratamiento, una media de $M= 11,45$ (DT= 3,700) que corresponde a un rango de sintomatología clínica, y que disminuye de manera estadísticamente significativa en el post-test ($M= 9,73$; DT=3,120) y se sitúa dentro del rango de caso subclínico o dudoso. La subescala de Depresión no muestra cambios estadísticamente significativos; no obstante, la media de las puntuaciones post-test consiguen situarse dentro de un rango normal ($M= 7,50$; DT= 3,335), mientras que en el pre-test mostraba puntuaciones calificadas como caso dudoso ($M= 8,77$; DT= 3,558).

El estado de ánimo también ha sido valorado a nivel de pre- y post-sesión, y la prueba *t* de Student ha comparando, para el ítem de la EVN Ansiedad así como para el ítem de la EVN Tristeza, la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel pre-sesión (sesión 1 a la 8 pre-) con la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel post-sesión (sesión 1 a la 8 post-). Los resultados extraídos de esta prueba muestran una disminución estadísticamente significativa para ambas variables. La corrección Holm-Bonferroni para múltiples comparaciones mostró diferencias significativas para el ítem Ansiedad y para el de Tristeza. El cálculo de la *d* de Cohen muestra un tamaño del efecto elevado para los dos casos, destacando especialmente el de Tristeza. La Tabla 4 recoge estos resultados.

[Insertar Tabla 4]

Los estadísticos descriptivos de la EVN ofrecen la siguiente puntuación para la Ansiedad antes de la sesión: $M= 3,51$ (DT= 2,307), que en el momento de acabar la sesión se redujo a $M= 2,00$ (DT= 1,901). La variable Tristeza pasa de una media inicial

(pre-sesión) de $M= 3,62$ ($DT= 2,179$) a una media final (post-sesión) de $M= 1,87$ ($DT= 1,613$).

Este estudio también ha utilizado el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* para explorar varios aspectos del programa. Uno de ellos sería la percepción de mejora del estado anímico durante las sesiones, aspecto en el que los participantes consideran que este programa les ha ayudado a mejorar “Mucho” ($n=14$) y “Bastante” ($n=8$) su estado anímico. En cuanto a la mejora del estado de ánimo en su día a día (y, por tanto, en situaciones y momentos fuera de la sesión) se observa que, en el caso de la Ansiedad, la mayoría de los participantes considera que el programa les ha ayudado “Bastante” a disminuir su ansiedad en el día a día ($n=10$) y el resto “Un poco” ($n=8$), y “Mucho” ($n=4$). Con respecto a la Tristeza, los resultados han sido: “Un poco” ($n=10$), “Bastante” ($N=9$), “Mucho” ($n=3$).

Este cuestionario ha permitido también explorar cómo han percibido los participantes las diferentes estrategias y recursos que pueden ayudar a una mejor autorregulación emocional. La mayoría de participantes ($n=11$) consideran que este programa les ha ayudado “Bastante” a expresar emociones y sentimientos, mientras que para el resto ha sido de “Mucha” ($n=6$) y “Un poco” ($n=5$). El hecho de hablar de la enfermedad en las sesiones ha podido haber contribuido también a esta expresión y ventilación emocional; los participantes consideran que esta experiencia les ha dado la oportunidad de hablar “Bastante” ($n=10$), “Mucho” ($n=6$) y “Un poco” ($n=6$). Las valoraciones de la estrategia de distracción y evasión de preocupaciones han sido: “Mucho” ($n=10$), “Bastante” ($n=10$) y “Un poco” ($n=2$). Según los participantes, consideran que se han podido relajar y soltar tensiones “Mucho” ($n=9$), “Bastante” ($n=9$) y “Un poco” ($n=4$). Finalmente destacar que el formato grupal del programa ha contribuido a la socialización, aspecto que ha quedado también recogido en el Cuestionario de Valoración, con unas puntuaciones que reflejan un alto grado de ayuda de este programa con respecto a relacionarse y hablar con las compañeras del grupo: “Mucho” ($n=13$) y “Bastante” ($n=9$).

La percepción del grado de utilidad de este programa ha sido alto,, en tanto que 11 sujetos consideran que esta experiencia ha resultado muy útil (“Mucho”), para 10 de ellos ha sido “Bastante” útil, mientras que para uno de ellos sólo “Un poco”. Finalmente destacar el hecho de que todos los participantes coinciden en que esta

experiencia es recomendable para otras personas, y la recomendaría “Mucho” (n=18) y “Bastante” (n=4).

Discusión

Este estudio piloto ha tenido como objetivo explorar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para mejorar el estado anímico de un grupo de pacientes con cáncer. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el programa de musicoterapia ha tenido una influencia positiva en la variable estado de ánimo. La Escala POMS-A muestra un efecto importante del tratamiento de musicoterapia. Hay un cambio estadísticamente significativo en el Índice de Alteración Emocional, y ello confirmaría por tanto un cambio positivo en el estado de ánimo de los participantes, hecho que es consistente con otros estudios de musicoterapia en oncología (Cassileth et al., 2003; Waldon, 2001). Si se analizan las subescalas de este instrumento, se observa un cambio estadísticamente significativo en las subescalas Tensión, Depresión y Fatiga, aunque en el caso de esta última subescala el resultado es negativo y significa un empeoramiento de este síntoma. Las subescalas Cólera y Vigor disminuyen sus puntuaciones al finalizar el tratamiento, hecho que en el caso de la primera indica una mejoría del síntoma, pero que en el caso del Vigor no es un resultado deseado, dado que al ser una variable positiva su descenso debe interpretarse como un empeoramiento de este síntoma. El resultado obtenido en Tensión y Depresión es un dato coherente con los objetivos del programa, ya que las técnicas han sido diseñadas para incidir en la dimensión emocional de los participantes. Por otro lado, sorprende el hecho de que la variable Fatiga haya resultado significativa, en tanto que este programa no ha incidido directamente en componentes físicos. En futuras investigaciones, podría ser interesante introducir una variable que permitiera recoger los cambios físicos percibidos por los participantes antes y después de cada sesión. La revisión Cochrane de Bradt et al. (2011) sobre musicoterapia en oncología sugiere que las variables depresión o fatiga de los pacientes con cáncer no responden de manera tan clara ante las intervenciones con musicoterapia, como sí lo hace la ansiedad (Tensión). Este estudio parece aportar una información adicional interesante especialmente por la mejora estadísticamente significativa detectada en la subescala Depresión.

5. RESULTADOS

Los resultados del HAD reflejan una disminución tanto de la sintomatología ansiosa como depresiva al finalizar el tratamiento. No obstante, la subescala Ansiedad es la que presenta un cambio estadísticamente significativo, y los pacientes pasan de estar en un rango de caso clínico a situarse en unas puntuaciones calificadas como de caso dudoso o subclínico. La media de las puntuaciones de Ansiedad a nivel de pre-test, son más elevadas que las de Depresión. Esta subescala no muestra cambios estadísticamente significativos, pero sí se detecta un cambio en la media de las puntuaciones post-test de modo que pasan del rango de caso dudoso a un rango normal. Probablemente, y según comentan Clark et al., (2006), estudios con pacientes que presentan niveles más altos de ansiedad o distrés responden más favorablemente a la musicoterapia que aquellos con niveles más bajos. Los resultados obtenidos aquí son pues consistentes con esta idea. No obstante, conviene ser cautos en la interpretación de los resultados de estos tests, dado que es posible que haya otras variables no detectadas que hayan contribuido e influido en este cambio.

Este estudio ha tratado de ver también el efecto global del tratamiento de musicoterapia en el estado anímico de los participantes después de cada sesión, valorando sus niveles de Ansiedad y Tristeza antes y después de cada sesión. Se ha obtenido un efecto significativo, que se muestra de manera más acusada en el caso de la Ansiedad, hecho que es también coherente con los resultados de las subescalas del POMS-A (Tensión y Depresión) y del HAD (Ansiedad y Depresión). No obstante, cabe señalar que la media de las puntuaciones parte ya de un rango bajo en ambas variables. Las puntuaciones más altas de pacientes que presentaban mayor malestar emocional han podido quedar diluidas con aquellas otras de aquellos sujetos que presentaban menos ansiedad o tristeza.

Con respecto a la propia percepción de mejora del estado anímico, el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* ha detectado que los participantes han percibido la musicoterapia como una herramienta de ayuda para reducir su malestar emocional durante las sesiones, y algo menos fuera de ellas. La literatura reconoce el papel que juegan las intervenciones psicológicas grupales en la reducción del malestar emocional, aumento de estrategias de afrontamiento activo, y ayuda en la resolución de problemas (Die Trill, 2014; Font & Rodríguez, 2004). Como recomendación de futuro, sería importante diseñar un programa que contemplase e incluyese un mayor énfasis en la aplicación de recursos de auto-cuidado en el día a día y

5. RESULTADOS

realizar un seguimiento, a fin de promover una actitud de afrontamiento activo no sólo dentro sino especialmente también, fuera del contexto propiamente terapéutico.

La auto-administración de las EVN antes y después de cada sesión ofrece la oportunidad a cada participante de conectar consigo mismo, de observar el propio estado emocional de ese momento, y de tomar consciencia de los cambios que se puedan producir al finalizar la sesión. Probablemente les haya ayudado a mejorar su *insight*, y a darse cuenta de que el hecho de implicarse activamente en una experiencia de este tipo puede ayudar a aumentar su sensación de control, y a tomar decisiones orientadas hacia el cuidado de sí mismos en su día a día, y a apoyarse en estos nuevos recursos basados en la música. Algunas descripciones que han realizado los participantes sobre su experiencia personal en este programa hacen referencia precisamente a considerarlo como una ayuda en su mejora del estado anímico: *“Me ha aportado tranquilidad”, “He disfrutado mucho con la música y mis compañeros”, “Ha sido una experiencia maravillosa en el proceso de superar mi tristeza y ansiedad, estoy encantada y muy agradecida”*.

Por otro lado, este programa ha diseñado e implementado diferentes estrategias a lo largo de las sesiones dirigidas a facilitar una autorregulación emocional, y que han consistido en la expresión de emociones y sentimientos, en hablar de la enfermedad, en ofrecer un espacio de distracción y evasión de las preocupaciones, de practicar estrategias de relajación así como de promover la relación e interacción con los otros participantes (socialización). Algunos de los comentarios de los participantes se refieren al aprendizaje de recursos de auto-cuidado: *“Desconectarme de mi enfermedad, relajarme, disfrutar el momento en que estábamos reunidos, y a ser mejor persona y tener aliciente”, “Creatividad”, “He visto que se pueden expresar sentimientos, escuchar los de los demás, y ver que en este caso todos estamos en el mismo barco”, “Muy positivo, ya que en esta hora y media te olvidas de todo lo que te preocupa”*.

La expresión de emociones y sentimientos, así como hablar de la enfermedad, puede haber facilitado la ventilación emocional y puede haber paliado así el malestar emocional de los pacientes. Los resultados obtenidos reflejan que este programa ha facilitado esta expresión. Los aspectos que se han abordado a lo largo del programa y que se han ido registrando después de cada sesión, han ido relacionados con el miedo a los tratamientos, complicaciones de la enfermedad, dolor, muerte y desfiguración. La

5. RESULTADOS

técnica de análisis lírico ha sido un recurso terapéutico muy importante para conseguir este objetivo: las audiciones y análisis de canciones que presentan una letra y mensaje significativo permite llevar a cabo un ejercicio de análisis y exploración de temas y aspectos no resueltos, y reflexionar sobre la propia manera de pensar, sentir y actuar, así como observar otras estrategias y maneras de afrontamiento de los compañeros que pueden ser diferentes. Constituyen, pues, una interesante y eficaz estrategia para fomentar la ventilación y expresión emocional. Este hecho se ve corroborado con las anotaciones registradas tras las sesiones en la *Hoja de Observación y Registro de Conductas* en la que se puede detectar una progresiva participación y profundización en aspectos más íntimos y personales a medida que transcurren las sesiones.

El programa ha promovido no sólo un contexto en el que se abordan y afrontan cuestiones relacionadas con la enfermedad, sino también un espacio de distracción y evasión de las preocupaciones, así como para relajarse y soltar tensiones. Las técnicas de carácter activo como tocar instrumentos musicales de pequeña percusión y movimiento acompañado de música no sólo han ayudado a canalizar emociones a nivel no verbal, sino que han permitido, a su vez, realizar un trabajo de focalización de la atención en la tarea musical, y evadirse de preocupaciones, así como promover estados de distensión. Las técnicas de relajación acompañada de música han permitido canalizar la tensión muscular, y conseguir así distraer y liberar el posible malestar físico.

Ha habido descripciones que tienen que ver con los aspectos grupales y el carácter terapéutico y de ayuda del mismo: "*Afinidad con compañeras y terapeuta*", "*Gracias a vosotros por estas tardes tan agradables...*", "*Sentirme muy bien tratada y comprendida*", "*Me he sentido mucho mejor poder compartir esta experiencia con mis compañeras*", "*Compañerismo*" e incluso "*Amistad*". El formato grupal del programa ha contribuido a la socialización, y este aspecto ha quedado también reflejado en las puntuaciones que indican el alto y bastante grado de ayuda de este programa para ayudar a relacionarse y hablar con los compañeros del grupo, y se corresponden, a su vez, con las observaciones recogidas en la *Hoja de Observación y Registro de Conductas*, que indican como las respuestas de interacción han ido aumentando progresivamente a lo largo del tratamiento cada vez de manera más espontánea, y ha aumentado la cohesión grupal. Actividades de tocar instrumentos de percusión y cantar juntos en grupo, así como de analizar letras de canciones y compartir músicas preferidas con los compañeros permiten crear un espacio de mayor complicidad y sincronización

entre los participantes, y ayuda a la cohesión del grupo (Allen, 2010; Carballo & Martí, 2008; Hanser et al., 2006; Martí & Carballo, 2010; Waldon, 2001). A lo largo de las sesiones, se ha podido observar una alta disposición de ayuda y cooperación entre los participantes, compartiendo sugerencias, consejos y estrategias personales de afrontamiento y adaptación a la enfermedad y sus tratamientos. También ha ofrecido oportunidades para disminuir las alteraciones en el nivel de actividad social, dado que el hecho de asistir a sesiones de musicoterapia da oportunidades para disminuir el aislamiento, salir de casa y relacionarse con otros. Se ha observado una tendencia creciente a mostrar conductas de soporte y apoyo mutuo entre los participantes no solo durante las sesiones, sino también al finalizar las mismas.

Otras de las descripciones que ha recogido el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* sobre la experiencia de los participantes en este programa están relacionadas con lo que serían unas vivencias a un nivel más general y que consideran que este programa ha sido: “Muy positivo”, “Positivo”, “Gratificante”, “Ha sido una experiencia maravillosa”, “Quisiera continuar por más tiempo..., no me gustaría que terminase tan pronto”. Todos estos comentarios y resultados llevan a entender que una gran mayoría de los participantes consideren este programa como “muy” y “bastante” útil, y que recomienden esta experiencia a otras personas.

El porcentaje de asistencia a las sesiones y la adherencia al tratamiento de musicoterapia es una cuestión importante a analizar. El abandono de la intervención grupal en muestras de pacientes con cáncer es un problema frecuente en los estudios de psicooncología (Herrero, Rodríguez, Botella, Corbella, Gómez & Pacheco, 2010) y musicoterapia, al que varios autores han hecho ya referencia (Gimeno, 2008; Hanser, 2006; Martí et al., 2015; Serra, 2013; Standley, 1992). En este estudio se ha perdido un alto porcentaje de sujetos (48,88%), una pérdida que se ha producido durante el proceso de derivación y durante el período de tratamiento de musicoterapia. De los 45 pacientes que fueron invitados a participar en el estudio, 14 de ellos no llegaron a hacerlo y no asistieron a ninguna sesión. Algunos de los motivos que han llevado a esta falta de adherencia al programa tienen que ver con cambios en la dinámica del día a día (problemas familiares, solapamiento del horario con otros tratamientos médicos) o por desconfianza y/o desconocimiento sobre la utilidad del programa, prejuicios y miedos por “no tener estudios musicales”, etc.). La musicoterapia es todavía una disciplina emergente en nuestro país, y la población puede no estar todavía informada ni

5. RESULTADOS

convencida de sus posibles beneficios, por lo que iniciar un tratamiento nuevo, desconocido, puede resultar difícil de asumir en un momento en el que el paciente ya se suele sentir abrumado por los tratamientos oncológicos activos, pruebas y controles médicos, así como por malestar físico y emocional.

Con respecto al periodo de tratamiento en sí, en el contexto de psicooncológico, en general, no es fácil conseguir un porcentaje elevado de asistencia y adherencia a las sesiones. Igualmente sucede en el de la musicoterapia, dado que existen diferentes factores que interfieren y pueden dificultar, e incluso impedir, la asistencia del paciente a la sesión: solapamiento de visitas con el oncólogo y/o otros profesionales, analíticas y/o otras pruebas médicas, etc. así como malestar físico derivado de los tratamientos, complicaciones y/o progresión de la enfermedad, o incluso éxitos del paciente. Aumentar la frecuencia de las sesiones y ofrecer un programa de dos sesiones semanales facilitaría recibir al menos una sesión por semana.

Una gran limitación de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra, el carecer de una muestra aleatorizada, y no haber contado con grupos control. Razones prácticas han tenido que ver con este hecho, a fin de conseguir una mayor fluidez en la configuración de los grupos. La muestra presenta también problemas de heterogeneidad, que pueden ser atribuidos al proceso de derivación y a unos criterios de inclusión demasiado amplios. Para futuros estudios sería recomendable estudiar este aspecto con una muestra más homogénea en cuanto a edad, situación familiar y profesional, así como tipo de cáncer y estadio de la enfermedad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tipo de tratamientos recibidos, entre otros aspectos.

Un punto fuerte de este programa es el haber incluido la presencia de una musicoterapeuta profesional especializada en psicooncología, ya que ha permitido diseñar y adaptar las intervenciones al perfil y necesidades de los participantes, ha contemplado las preferencias musicales de cada uno de ellos, y ha incorporado técnicas de musicoterapia de tipo activo y receptivo, en un formato de grupo que ha ayudado a abordar aspectos sociales y relacionales de los participantes. La musicoterapia cuenta con una variedad de técnicas de expresión emocional y comunicación, como son el análisis lírico de canciones, la composición musical, las audiciones musicales y cantar canciones; todas ellas han permitido expresar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal, y canalizarlos a través de experiencias musicales. Es de suma importancia

5. RESULTADOS

ofrecer una variedad de técnicas y actividades, dado que las respuestas individuales a la música son diferentes según cada persona, y porque así se ofrecen nuevas y diferentes vías de exploración y utilización de la música de manera terapéutica en el día a día. Este programa ha seguido la recomendación de la revisión Cochrane de utilizar no solo técnicas pasivo-receptivas sino también técnicas activas a fin de poder trabajar adecuadamente las necesidades del paciente oncológico y los correspondientes objetivos terapéuticos (Bradt et al., 2011). Ello ha contribuido a facilitar una mayor implicación y participación.

En el contexto oncológico, en el que las personas deben vivir situaciones de mucha incertidumbre con respecto a su condición física, a los tratamientos y a la evolución y curso de la enfermedad, entre otros aspectos, es recomendable ofrecer un espacio de musicoterapia estructurado, que aporte seguridad y predictibilidad. Es por esto que este programa ha seguido la misma estructura en cada sesión: una actividad de apertura, una parte central en la que se implementan diferentes técnicas y actividades relacionadas con el tema a abordar en cada sesión, y una actividad de cierre. Las anotaciones recogidas en la *Hoja de Observación y Registro de Conductas* indican que, si bien, en los momentos iniciales de la intervención, los participantes mostraban cierta reticencia ante propuestas musicoterapéuticas más interactivas y de mayor grado de implicación, esta reticencia e inseguridad se fueron reduciendo progresivamente, y los pacientes pasaron a mostrar una mayor seguridad y disfrute ante las mismas.

Por otra parte, si se revisan las experiencias realizadas con pacientes oncológicos, muchas de ellas se basan en intervenciones de una sesión o dos; pocas de ellas ofrecen una continuidad de 8 sesiones semanales de 90 minutos de duración. El efecto de la intervención de musicoterapia ha sido cuidado mediante el criterio de únicamente incluir en el estudio a aquellos sujetos que hayan asistido al menos al 50% de las sesiones; este es un aspecto que no queda suficientemente clarificado en los estudios de musicoterapia realizados en este campo.

Finalmente, destacar el hecho de haber podido implementar el tratamiento en el propio hospital de referencia de los pacientes. Ello les ha ofrecido la oportunidad de desplazarse al hospital para participar, libremente, de un tratamiento complementario, promover una actitud proactiva respecto al cuidado uno mismo, y participar de una

experiencia no invasiva, agradable y gratificante en su hospital, un entorno que frecuentemente es percibido como “amenazante” y “no agradable”.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que la musicoterapia puede producir un cambio positivo en el estado de ánimo de los pacientes diagnosticados de cáncer. Los resultados de este estudio presentan una reducción de los niveles de malestar emocional al finalizar el tratamiento así como en los niveles de ansiedad y tristeza de después de cada sesión. Los participantes han percibido esta experiencia como útil, recomendable y de ayuda para mejorar su estado anímico en el día a día, lo que podría apuntar también hacia a una mejora de su calidad de vida. Han participado activamente ante propuestas musicoterapéuticas dirigidas a favorecer la expresión emocional, a hablar de la enfermedad, distracción y evasión de preocupaciones, relajación así como la socialización con otros participantes del grupo, y han facilitado una autorregulación emocional. Estudios de futuro deberían ampliar el tamaño de la muestra y homogeneizarla, e incorporar la variable calidad de vida. Es necesario seguir investigando en el campo de la musicoterapia a fin de poder seguir mejorando las limitaciones de este estudio, y documentando nuevos hallazgos para contribuir en la mejora del estado de ánimo de los pacientes diagnosticados de cáncer.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo de *Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d’Ajuda Oncològica*, Barcelona. Nuestro agradecimiento al Servicio de Oncología Médica del *Institut Català Oncològic - ICO Badalona (Hospital Germans Trias i Pujol – Can Ruti)*, por su contribución en el desarrollo de este proyecto y de manera especial a la Dra. Sonia Fuentes, por su confianza, entusiasmo y dedicación a este proyecto. Gracias también a Mar Martínez de la *Universitat de Barcelona* por su asesoramiento en materia estadística. Un agradecimiento muy especial a cada una de las personas que han participado en este programa, por su confianza e implicación en esta experiencia.

Referencias Bibliográficas

- Allen, J. L. (2010). *The effectiveness of group music psychotherapy in improving the self-concept of breast cancer survivors*. (Tesis Doctoral) Temple University, Philadelphia (PA). Recuperada de:
<http://digital.library.temple.edu/cdm/ref/collection/p245801coll10/id/104147>
- Almanza, J. J., Rosario, I., Silva, J., & De la Huerta, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 15-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf>
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), 9-11.
doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2.Copyright
- Carballo, P., & Martí, P. (2008). Musicoterapia y Oncología: Una experiencia con un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Música, Terapia y Comunicación*, 28, 27-42.
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Cassileth, B. R., Vickers, A. J., & Magill, L. A. (2003). Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*, 98(12), 2723-9. doi:10.1002/cncr.11842
- Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, J. T., & Chakravarthy, B. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of music therapy*, 43(3), 247-65. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17037953>
- Die Trill, M. (2014). Terapia grupal en oncología. En J. A. Cruzado (Ed.), *Manual de psicooncología* (pp. 321-340). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Dvorak, A. (2011). *Music therapy support groups for cancer patients and caregivers*. (Tesis doctoral) Iowa City: University of Iowa. Recuperada de: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2602&context=etd>
- Font, A., & Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1(1), 67 - 86. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110067A>
- Fuentes, Y., García Merita, M., Melià, J. L., & Balaguer, Y. (1994). Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS). En *IV Congreso de Evaluación Psicológica, 21-24 de Septiembre*. Santiago de Compostela. España.
- Gimeno, M. M. (2008). *The Effect of Music and Imagery to Induce Relaxation and Reduce Nausea and Emesis in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Treatment*. (Tesis doctoral, University of the Pacific, NJ)
- Hanser, S. B. (2006). Music therapy in adult oncology: research issues. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 62-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442337>
- Hanser, S. B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., Healey, M., Manola, J., Hernandez, M., & Bunnell, C. (2006). Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(3), 116-24. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442346>
- Hernández, M., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 24(1), 1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a>
- Herrero, O., Rodríguez, E., Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., & Pacheco, M. (2010). Percepción de las pacientes con cancer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. *Análisis y Modificación de conducta*, 36(153-154), 43-62. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6068/Percepcion_de_los_pacientes_con_cancer.pdf?sequence=2

- Kruse, J. (2003). Music therapy in United States cancer settings: recent trends in practice. *Music Therapy Perspectives*, 21, 89-98.
- Magill, L. (2006). Role of music therapy in integrative oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 79-81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442341>
- Martí, P., & Carballo, P. (2010). Musicoterapia y cáncer de mama. En P. Martí y M. Mercadal-Brotons (Eds.), *Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas*. (pp. 251-270). Barcelona: Editorial Médica Jims.
- Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 105-128.
Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48907
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppelman, L. F. (1992). *EDITS manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational & Industrial Testing Service.
- National Comprehensive Cancer Network, NCCN. (2011). *Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education*. Recuperado de <http://www.nccn.org/>
- O'Callaghan, C., & Hiscock, R. (2007). Interpretive subgroup analysis extends modified grounded theory research findings in oncologic music therapy. *Journal of music therapy*, 44(3), 256-81. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645388>
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L. E., ... Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 59 - 73. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120059A>
- Serra, M. (2013). *Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo*. (Tesis doctoral) Barcelona, Universitat Ramon Llull. Recuperada de <http://www.tdx.cat/handle/10803/108962>

5. RESULTADOS

- Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM (2015). Musicoterapia. Recuperado de <http://oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas/terapia-cuerpo-mente/114216-musicoterapia>
- Standley, J. M. (1992). Clinical application of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Therapy Perspectives*, 10, 27-35.
- Stordahl, J. J. (2009). *The influence of music on depression, affect, and benefit finding among women at the completion of treatment for breast cancer*. (Tesis doctoral). Miami, FL: University of Miami. Recuperada de: http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1336&context=oa_dissertations
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2009). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En W. Astudillo, E. Montiano, A. Salinas-Martín, E. Díaz-Albo, y C. Mendinueta (Eds.), *Manejo del cáncer en atención primaria*. (pp. 267-284). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Waldon, E. G. (2001). The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *Journal of music therapy*, 38(3), 212-38. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570933>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>

Tabla 1*Características Sociodemográficas y Clínicas de la Muestra (N=22)*

Variables Sociodemográficas	
Sexo	n
Mujeres	20
Hombres	2
Edad	35-71 años ($M = 53,73$; $DT = 9,573$)
Estado civil	n
Soltero	1
Casado / En pareja	19
Separado	1
Viudo	1
Número de Hijos	n
Sin hijos	3
1	7
2	11
3	3
Nivel de Estudios	n
Primarios	17
Secundarios	1
Superiores	4
Variables Clínicas	
Tipo de Cáncer	n
Mama	10
Pulmón	2
Leucemia (LAM)	2
Colon	2
Recto	1
Endometrio	1
Cérvix	1
Páncreas	1
Linfoma	1
Mieloma	1

Tabla 1 (*continuación*)**Características Sociodemográficas y Clínicas de la Muestra (N=22)**

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	n
Entre 3 y 6 meses	5
Entre 7 y 12 meses	3
Entre 13 y 18 meses	7
Entre 19 y 24 meses	4
Más de 24 meses	3
Tratamientos previos	n
Cirugía	5
Cirugía+Radioterapia	1
Cirugía+Quimioterapia	2
Cirugía+Quimioterapia+Radioterapia	5
Quimioterapia	5
Quimioterapia+Radioterapia	2
Terapia Hormonal	2
Tratamiento actual	n
Quimioterapia	13
Terapia Hormonal	2
Ninguno	7

5. RESULTADOS

Tabla 2

Índice de Alteración Emocional y Subescalas del POMS-A: Media de las Puntuaciones Pre/Post-Tratamiento, Desviación Tipo, t de Student, Grados de Libertad, Valor de Significancia Bilateral y d de Cohen

Subescala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)	d Cohen
Índice Alteración Emocional	10,04	9,584	4,916	21	,000***	1,04
Tensión	2,00	2,268	4,137	21	,000*	0,88
Depresión	3,04	2,734	5,225	21	,000**	1,09
Cólera	1,40	3,187	2,704	21	,051	0,43
Vigor	1,22	2,943	1,956	21	,064	0,41
Fatiga	-1,54	2,064	-3,512	21	,002****	-0,74

Valores-p de corrección de Holm-Bonferroni:

* $p \leq 0,008$ (0,05/6); ** $p \leq 0,01$ (0,05/5); *** $p \leq 0,0125$ (0,05/4); **** $p \leq 0,016$ (0,05/3)

Tabla 3

HADS: Media de las Puntuaciones Pre/Post-Tratamiento, Desviación Tipo, t de Student, Grados de Libertad, Valor de Significancia Bilateral y d Cohen

Subescala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)	d Cohen
Ansiedad	1,727	2,931	2,764	21	,012*	0,58
Depresión	1,273	3,283	1,818	21	,083	0,23

Valores-p de corrección de Holm-Bonferroni: * $p \leq 0,025$ (0,05/2)

5. RESULTADOS

Tabla 4

EVN de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico: Media de la Puntuaciones Pre/Post-Sesión, Desviación Tipo, t de Student, Grados de Libertad, Valor de Significancia Bilateral y d de Cohen

Subescala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)	d Cohen
Ansiedad	1,50	0,968	7,310	21	,000*	1,54
Tristeza	1,75	0,961	8,548	21	,000**	1,82

Valores-p de corrección de Holm Bonferroni: * $p \leq 0,025$ ($0,05/2$); ** $p \leq 0,05$

5. RESULTADOS

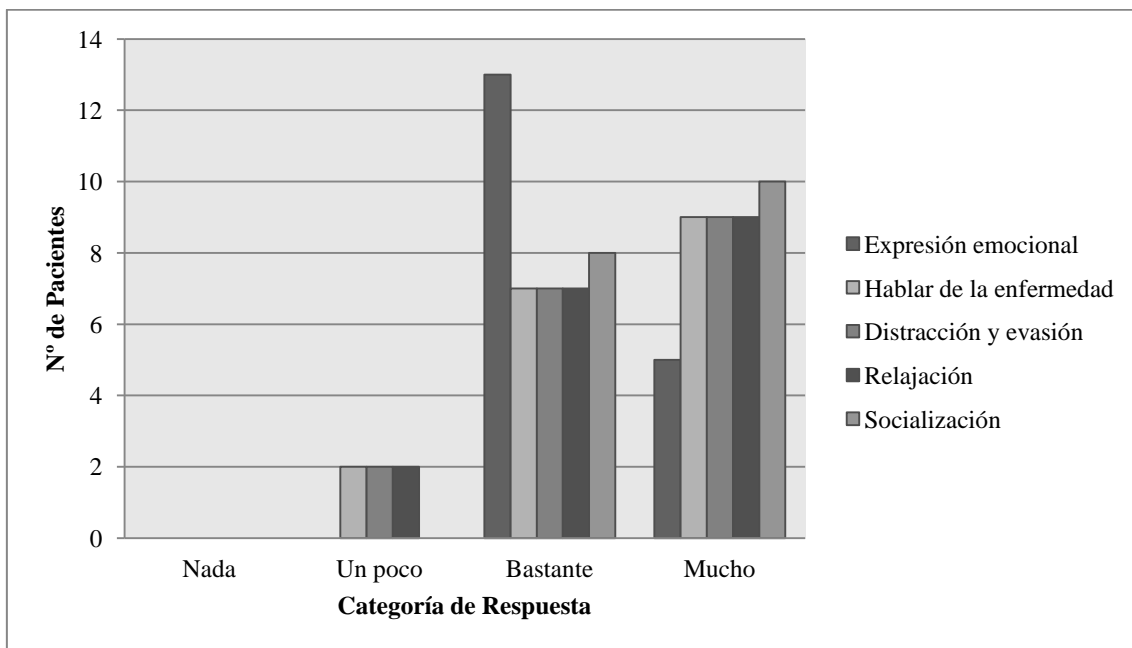
5.3. Artículo 3 – Estudio 2

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología*, 12(2-3), 259-282

FE DE ERRATAS

- **Página 270:**
La Figura 2:

Debería ser:



- **Página 272:**
En apartado *Discusión* (segundo párrafo columna derecha):

Debería decir:

Como conclusión, cabe señalar que, a nivel general, tanto la variable Ansiedad como Depresión del HAD presentan puntuaciones que ya en el pre-tratamiento se sitúan en un rango de normalidad, (...)

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

Patricia Martí Augé¹, Melissa Mercadal-Brotons² y Carme Solé Resano³

¹ Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica, Universitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna

² Escola Superior de Música de Catalunya (ESMUC)

³ Universitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de un tratamiento de musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (CCR).

Método: Dieciocho sujetos (14 mujeres y 4 hombres) diagnosticados de CCR participaron en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia de grupo, de frecuencia semanal y 90 minutos/sesión. Se administró la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)*, el *Perfil de Estados de Ánimo – versión reducida A (POMS-A)* así como la *Escala de Calidad de Vida Global y Escalas de Funcionamiento del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC-QLQ-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30)* en pre- y post-tratamiento. Se midió el nivel de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico mediante una *Escala de Valoración Numérica (EVN)* en pre- y post-sesión. Se utilizó una *Hoja de Observación y Registro de Conductas* (instrumento propio –elaborado *ad hoc*) para registrar las respuestas de cada participante en cada sesión y un *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* (instrumento propio, elaborado *ad hoc*) al finalizar el programa.

Resultados: No se han obtenido cambios estadísticamente significativos en el POMS-A, HAD ni EORTC QLQ-C30, si bien todas las puntuaciones obtenidas van en la dirección

Abstract

Aim: To evaluate the effectiveness of a music therapy treatment on mood and quality of life of colorectal cancer patients.

Method: Eighteen subjects (14 women and 4 men) who were diagnosed with colorectal cancer participated in a music therapy program consisting of eight weekly group music therapy sessions, 90 minute-session. Participants completed the following instruments before and after the intervention (pre/post): the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Profile of Mood States-Short Form A (POMS-A), the Global Quality of Life Scale and the Functioning Scales of the European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-C30 (EORTC-QLQ-C30). A 3 item Numerical Rating Scale (NRS) for Anxiety, Sadness and Physical Distress was administered at the beginning and end of each session (pre/post session). An *Observation Behavior Form* (designed *ad hoc*) was used to evaluate mood after each session. A *Music Therapy Program Satisfaction Questionnaire* (designed *ad hoc*) was administered at the end of the program.

Results: Although all the obtained scores pointed to a desirable change direction, non significant changes were found in the POMS-A, HADS nor EORTC QLQ-C30. A significant improvement was found in the Anxiety, Sadness and Physical Distress NRS items. The *Music*

Correspondencia:

Patricia Martí Augé¹
c/ Rector Ubach, 5 - 08021 Barcelona
E-mail: patmarti.mt@gmail.com

de cambio deseado. Se ha obtenido una disminución estadísticamente significativa de los niveles de EVN Global de Ansiedad, Tristeza y Malestar. El Cuestionario de Valoración recoge una percepción de alto grado de utilidad y satisfacción por parte de los participantes.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, musicoterapia, estado de ánimo, calidad de vida, tratamiento grupal.

Therapy Program Satisfaction Questionnaire showed that participants perceived this type of intervention as very useful and very satisfactory.

Key words: Colorectal cancer, music therapy, mood, quality of life, group treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es un tipo de cáncer que se presenta en los tejidos del colon (la parte más larga del intestino grueso) o en el recto (los últimos centímetros del intestino grueso). Según el informe de "El Cáncer en España 2014" de la Sociedad Española de Oncología Médica - SEOM⁽¹⁾, el CCR constituye el tercer cáncer más frecuente en hombres (por detrás del de próstata y pulmón), el segundo en mujeres (por detrás del de mama). Si se analiza el CCR en ambos sexos, éste pasa a ser el tipo de cáncer de mayor incidencia (15%), con una estimación de 32.240 casos (19.261 hombres y 12.979 mujeres). No obstante, estas tasas de incidencia han disminuido en las dos últimas décadas, y este hecho se atribuye al aumento de las pruebas de *screening*.

La literatura sostiene que los enfermos con cáncer tienen altos niveles de distrés o malestar emocional. La *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)⁽²⁾ desarrolló este término para referirse a esta experiencia emocional desagradable, de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, y que interfiere en la capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento. Si bien el distrés no es propiamente un trastorno mental, su persistencia en el tiempo podría llevar hacia

trastornos mentales diversos. Autores como Hernández y Cruzado⁽³⁾ sostienen que el sufrimiento psicológico en los enfermos oncológicos llega a alcanzar un nivel de malestar clínico en la mitad de los pacientes, y que puede acompañarse de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos. Es por esta razón que se recomienda detectar estos problemas así como derivar a estos pacientes a profesionales de la psicooncología así como de otros ámbitos y especialidades a fin de paliar el malestar emocional y promover una mejor adaptación a la enfermedad, a sus tratamientos y a los posibles efectos secundarios y/o secuelas^(4,5).

Los problemas psicológicos que presenta el paciente con CCR pueden venir derivados de la propia enfermedad así como del impacto que los tratamientos tienen en la persona. Tanto el tumor como el tratamiento específico producen secuelas y efectos secundarios que condicionan el funcionamiento físico y psíquico del paciente y obligan a una adaptación y un cambio de comportamiento. En el caso del CCR, algunas personas habrán sufrido una colostomía o ileostomía, y podrán tener problemas psicológicos y sociales de adaptación a la misma. Según Die Trill⁽⁶⁾ algunos de los problemas más frecuentes en personas con CCR pueden ser las alteraciones en el estado de ánimo, desarrollo de sentimientos de culpa, alteraciones en la imagen corporal y autoestima, dificulta-

des en la relación sexual, temor a la pérdida de control así como alteraciones en el nivel de actividad social. Además, las personas afectadas de CCR, al igual que sucede con otros diagnósticos de cáncer, una vez finalizados los tratamientos, han de aprender a convivir con numerosos problemas, adaptarse al estilo de vida resultante y reorganizar su vida. Si bien existen algunos estudios en nuestro país que han empezado a examinar aspectos como la adaptación psicosocial y la calidad de vida de pacientes diagnosticados de CCR, éstos son todavía escasos⁽⁷⁻¹²⁾.

En un estudio reciente, Cardoso, Blasco y Fernández-Castro⁽¹³⁾ revelan que existen poquísimos estudios descriptivos que analicen el afecto positivo o emociones positivas de pacientes con CCR y evidencian la falta de estudios sobre intervenciones psicológicas destinadas a promover emociones y afecto positivo en pacientes diagnosticados de CCR, además de la necesidad de desarrollar estudios de este tipo.

MUSICOTERAPIA Y CÁNCER COLORRECTAL

La musicoterapia es una disciplina que ha demostrado su eficacia en el contexto oncológico y permite ofrecer un apoyo integral, pudiendo llegar a cubrir necesidades de tipo físico, emocional, cognitivo, social y/o espiritual de la persona⁽¹⁴⁾. Un estudio Cochrane de Bradt, Dileo, Grocke y Magill⁽¹⁵⁾ concluye que un tratamiento con musicoterapia puede aportar resultados beneficiosos en ansiedad, dolor, estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con cáncer y muestra cómo la musicoterapia oncológica es un coadyuvante efectivo y una intervención terapéutica que –ofreciendo un enfoque multimodal e integral– permite cuidar las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial. Actualmente, la musicoterapia está contemplada como una disciplina

complementaria y se incluye en el grupo de terapias integrativas utilizadas por entidades como la *Society for Integrative Oncology* – SIO⁽¹⁶⁾ y el *National Center for Complementary and Alternative Medicine* – CAM⁽¹⁷⁾. La SEOM⁽¹⁸⁾ ha incluido la musicoterapia dentro de una nueva sección denominada Medicina Integrativa bajo la modalidad de “terapias cuerpo-mente” a fin de que profesionales sanitarios, pacientes y familiares puedan disponer de información basada en la evidencia científica.

Si bien esta disciplina se ha desarrollado mucho en los últimos 30 años, su aplicación a pacientes con CCR es todavía escasa, a juzgar por los pocos estudios publicados. Existen algunos estudios y meta-análisis llevados a cabo en este contexto que incorporan la música en la fase de diagnóstico con el fin de disminuir los niveles de ansiedad durante pruebas de screening, como colonoscopias o sigmoidoscopias⁽¹⁹⁻²¹⁾. No obstante, la mayoría de ellas han sido llevadas a cabo por parte de profesionales sanitarios, muy especialmente por profesionales de enfermería, que corresponderían a un tipo de intervenciones musicales denominadas como “*música y medicina*”, y que no han sido por tanto implementadas por parte de musicoterapeutas profesionales.

Con respecto a la fase de tratamiento, existen interesantes aplicaciones de la música y de la musicoterapia que ofrecen al paciente un apoyo adicional durante tratamientos como cirugía, quimioterapia o radioterapia, entre otros. Si bien se pueden encontrar algunos estudios que han aplicado la música y musicoterapia durante el tratamiento de radioterapia con la finalidad de reducir el estrés emocional de los pacientes con cáncer⁽²²⁻²⁵⁾ éstos o bien no contemplan específicamente sujetos diagnosticados de CCR o bien van dirigidos a unas muestras que incluyen sujetos con diferentes tipos de cáncer. Asimismo, la literatura ofrece publicaciones centra-

das en analizar la influencia de la música y musicoterapia durante el tratamiento de quimioterapia, encontrándose ya en este caso un mayor número de experiencias que corresponden a intervenciones de musicoterapia propiamente, y que cuentan por tanto con un musicoterapeuta profesional. Estas intervenciones van dirigidas a reducir náuseas, vómitos y/o otros efectos secundarios, así como para disminuir la ansiedad y/o malestar emocional y mejorar el estado de ánimo, promover estados de relajación, mejorar variables fisiológicas y/o funcionamiento físico⁽²⁶⁻³²⁾ así como para observar el efecto en la calidad de vida⁽³³⁻³⁷⁾. No obstante, siguen sin encontrarse fácilmente estudios dirigidos a una muestra homogénea de sujetos diagnosticados de CCR exclusivamente. Una interesante aplicación de esta disciplina se da en el contexto de *fase paliativa*, y va dirigida a mejorar la calidad de vida, a través de la reducción de síntomas de malestar físico, cubrir las necesidades psicológicas, ofrecer soporte, facilitar la comunicación y cubrir las necesidades espirituales⁽³⁸⁾. En estos casos, se trata también de estudios que incorporan sujetos con diagnósticos oncológicos heterogéneos.

La literatura indica, pues, que los pacientes con cáncer experimentan elevados niveles de estrés emocional que repercuten en su salud y que la musicoterapia ha mostrado ser una intervención eficaz para paliar ese estrés, y mejorar el estado anímico y la calidad de vida de los enfermos con cáncer. Sin embargo, esta disciplina tiene todavía mucho camino por recorrer para diseñar y desarrollar nuevos estudios y programas de musicoterapia aplicada al CCR e implementados por parte de musicoterapeutas profesionales.

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

1. Evaluar si hay una mejora del estado anímico, ansiedad, depresión y calidad

de vida de un grupo de pacientes diagnosticados de CCR una vez finalizado el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia (pre-/post-tratamiento).

2. Evaluar si hay una mejora en el estado percibido de ansiedad, tristeza y malestar físico después de cada sesión de musicoterapia (pre/post-sesión).

MÉTODO

Muestra

Los criterios de inclusión para el estudio fueron los siguientes: a) sujetos adultos, mayores de 18 años, diagnosticados de cáncer CCR; b) estar en tratamiento oncológico activo (quimioterapia, radioterapia, o pendientes de cirugía) o haberlo finalizado en los últimos 3 meses antes de iniciar la primera sesión de musicoterapia; c) presencia de malestar emocional; d) no haber recibido previamente un tratamiento de musicoterapia; y e) haber dado su consentimiento para participar en este estudio. Para el análisis estadístico se estableció un criterio de inclusión adicional: haber asistido como mínimo al 50% de las sesiones. Los criterios de exclusión fueron: a) presencia de patología psiquiátrica previa; b) problemas de hipoacusia moderada o severa; y c) dificultad para desplazarse semanalmente al hospital.

La muestra final de sujetos estuvo compuesta por un total de 18 sujetos, 14 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad es de 31-79 años ($M=64,33$, $DT=13,19$). El perfil clínico de los participantes se caracteriza por ser un grupo de sujetos diagnosticados de cáncer de colon ($n=13$) y recto ($n=5$) en diferentes estadios de la enfermedad. La mayoría de ellos fueron diagnosticados de cáncer entre 7 y 18 meses antes de iniciar el tratamiento de musicoterapia; 11 participantes estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia,

mientras que el resto no se encontraba en ese momento recibiendo ningún tratamiento, bien porque acababa de finalizar el tratamiento oncológico activo (n=4)

o por estar a la espera de intervención quirúrgica (n=3). La tabla 1 recoge los datos sociodemográficos y clínicos más relevantes de esta muestra.

Tabla 1. **Datos Demográficos y Clínicos de la Muestra (N=18)**

Variables Demográficas	
Sexo	n
Mujeres	14
Hombres	4
Edad	31-79 años ($M = 64,33$; $DT = 13,195$)
Estado Civil	n
Soltero	4
Casado/a / o en pareja	7
Separado/a	2
Viudo/a	5
Nº de Hijos	n
Ninguno	7
1	3
2	3
3 o más	7
Nivel de Estudios	n
Primarios	8
Secundarios	5
Superiores	5
Situación Ocupacional Actual	n
De baja	9
Jubilado	9
Activo	0
Variables Clínicas	
Diagnóstico	n
Colon	13
Recto	5
Periodo de Tiempo desde el Momento del Diagnóstico	n
Menos de 6 meses	1
Entre 7 y 12 meses	10
Entre 13 y 18 meses	6
Más de 19 meses	1
Tratamientos Previos	n
Cirugía	5
Quimioterapia	3
Quimioterapia+Cirugía	2
Quimioterapia+Radioterapia	4
Quimioterapia+Cirugía+Radioterapia	4
Tratamiento Médico Actual	n
En espera de cirugía	3
Quimioterapia	11
Ninguno	4
Soporte emocional	n
Sí	1
No	17
Medicación psicofármacos	n
Sí	3
No	15

Instrumentos de evaluación

Se trata de un diseño intrasujeto, de medidas repetidas. Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- El Perfil de Estados de Ánimo – Abreviado (*POMS*)⁽³⁹⁾ consta de 58 ítems que permite evaluar el estado de ánimo. Para este estudio, con el objetivo de facilitar su aplicación a las pacientes, se utilizó el POMS-A, la versión reducida A de 15 ítems elaborada por Fuentes, García-Merita, Melià y Balaguer⁽⁴⁰⁾. Se trata de un auto-informe que incluye 4 escalas de afectos negativos, Tensión, Depresión, Cólera y Fatiga, y una escala de afecto positivo, Vigor. Consta de 15 ítems, que son adjetivos sobre diferentes estados afectivos de los que el paciente ha de graduar la intensidad de cada uno de ellos según los haya sentido durante los últimos 7 días, y en un formato de escala Likert de 5 puntos. También ha sido frecuentemente utilizada en el campo de la oncología así como de la musicoterapia.
- La *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)*⁽⁴¹⁾ es una escala ampliamente utilizada en oncología, que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física en el contexto hospitalario. Tiene un total de 14 ítems, repartidos en dos subescalas de 7 ítems cada una, para medir: Ansiedad y Depresión. Consta de 4 opciones relativas a la frecuencia con la que se da un cierto tipo de respuesta definida como de ansiedad o de depresión, en un marco temporal de los últimos 7 días. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala y de 0-42 para la puntuación global. Para este estudio se utilizó la versión española, adaptada de Caro e Ibáñez⁽⁴²⁾.
- El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (*European Organiza-*

tion for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire)⁽⁴³⁾ es un instrumento para evaluar de manera específica la calidad de vida en sus diferentes dimensiones en pacientes con cáncer. Consta de 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta y 2 de ellos con 7 alternativas (donde 1 es pésima y 7 excelente), y el marco temporal se refiere a la semana previa. Está compuesto de 3 escalas: Estatus de Salud Global, Escalas Funcionales, y Escala de Síntomas. Para este estudio se ha utilizado la versión española de Arrarás, Illarramendi y Valerdi⁽⁴⁴⁾, y se han utilizado la Escala Global de Calidad de Vida y las 5 Escalas de Funcionamiento. Si bien existe un módulo específico que complementa el cuestionario original y va dirigido a pacientes con cáncer colorrectal (*EORTC QLQ-CR29*) y que ha sido también validado en nuestro país⁽⁴⁵⁾, se desestimó su administración por dos razones: por un lado, por una cuestión de practicidad, ya que el test se rellena en el mismo momento antes de iniciar la sesión y requeriría alargar aún más el tiempo de administración, cuando las dificultades de concentración suelen ser un síntoma frecuente en enfermos en tratamiento oncológico activo, y por otro lado, por respeto a los pacientes, a fin de no resultar demasiado invasivos con preguntas y cuestiones de carácter muy íntimo. Es un test habitualmente utilizado en el campo de la musicoterapia.

- La *Escala de Valoración Numérica (EVN)* es una escala empleada habitualmente en el contexto hospitalario como un instrumento rápido y sencillo de *screening*, que tiene como objetivo evaluar la intensidad de un síntoma. En este estudio se utilizó una ENV de 11 puntos (0-10), en la que se presenta una línea recta horizontal numerada de 0 a 10, en cuyos extremos se repre-

senta la polarización de la intensidad del síntoma (donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 el síntoma a un nivel máximo e insoportable). Se han presentado 3 EVN para los 3 ítems elegidos: Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico, y se pide a los participantes que las completen al inicio y final de cada sesión. Las EVN miden el cambio tras 90 minutos de haber participado en una sesión de musicoterapia.

- *Hoja de Observación y Registro de Conductas* (instrumento diseñado *ad hoc*): Fue utilizada y cumplimentada por la musicoterapeuta para evaluar el estado anímico, después de cada sesión a fin de recoger las respuestas de cada participante sobre aspectos relacionados con su expresión emocional, atención-participación en la tarea musical, interacción-comunicación social, y asistencia a la sesión.
- *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* (instrumento diseñado *ad hoc*): una vez finalizado el programa, se pidió a los participantes que rellenaran este cuestionario de manera anónima, para proporcionar feedback e información sobre sus experiencias en las sesiones de musicoterapia.

Procedimiento

El proyecto de este estudio fue presentado al equipo de Oncología Médica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y al Comité de Ética e Investigación (CEIC). Tras su aprobación se procedió a coordinar el proyecto con los oncólogos especialistas en cáncer colorrectal. Dos oncólogos de este equipo fueron los encargados de reclutar a los pacientes para este estudio. Aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión eran directamente informados por su oncólogo de referencia sobre la existencia de esta investigación, e invitados a participar en

la misma. Si el sujeto mostraba interés por participar, se le incluía en una lista de espera. Una vez configurado un grupo de entre 8-10 personas, se iniciaba cada programa de tratamiento. Los participantes leyeron una *Hoja de Información del Estudio* y firmaron el documento de *Consentimiento Informado* antes de empezar a participar en musicoterapia.

Antes de iniciar el tratamiento (antes de la sesión 1), se procedió a la administración de los instrumentos de evaluación que se han descrito anteriormente. Antes y después de cada sesión, se solicitaba a cada participante que rellenase la *Escala de Valoración Numérica* para cada uno de los 3 ítems. Después de cada sesión, la musicoterapeuta cumplimentaba, para cada paciente, la *Hoja de Observación y Registro de Conductas* observadas en la sesión. Una vez finalizado el tratamiento, se volvieron a aplicar los mismos instrumentos de evaluación, juntamente con el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia*.

Semanalmente, se implementaba una sesión de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración, en una de las salas del hospital adjudicada temporalmente para este proyecto. A lo largo de todo el estudio, se configuraron 5 grupos en total; una vez finalizaba un grupo se procedía a iniciar el siguiente.

Sesiones de Musicoterapia

Todas las sesiones de musicoterapia fueron dirigidas por la misma musicoterapeuta profesional, especializada a su vez en psicooncología. La intervención de musicoterapia consistió en la aplicación de diferentes técnicas y actividades musicales, siempre diseñadas e implementadas para trabajar objetivos terapéuticos dirigidos a favorecer la expresión y ventilación emocional, a canalizar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal mediante la música, a facilitar estados de relajación y

distracción así como a promover la interacción grupal. Los enfermos oncológicos deben vivir situaciones que generan mucha incertidumbre con respecto a su condición física, a los tratamientos y a la evolución y curso de la enfermedad, entre otros aspectos. Es recomendable ofrecer un espacio terapéutico estructurado, que aporte seguridad y predictibilidad. Es por esta razón que este programa siguió la misma estructura en cada sesión: se iniciaba con una actividad de apertura, se desarrollaba mediante la implementación de diferentes técnicas y actividades relacionadas con el tema a abordar en cada sesión, y finalizaba con una actividad de cierre. Se combinaron técnicas de carácter activo (cantar canciones, análisis lírico, tocar instrumentos musicales, improvisación instrumental, música y movimiento, entre otras) con técnicas de tipo pasivo-receptivo (relajación acompañada de música y audiciones musicales).

Análisis estadístico

El análisis cuantitativo se ha realizado calculando los estadísticos descriptivos y utilizando la prueba *t* de Student, una prueba paramétrica que sigue una distribución normal pero se ajusta al tamaño pequeño de la muestra, a fin de comparar los resultados entre el pre- y el post-tratamiento de los tests POMS-A, HADS, y EORTC QLQ-C30. También se aplicó esta prueba para comparar los resultados pre- y post-sesión de las puntuaciones de cada una de las tres EVN (Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico). Dado el tamaño pequeño de la muestra, se utilizó la corrección Holm-Bonferroni para contrarrestar el problema de las múltiples comparaciones, y reducir la probabilidad de cometer error de tipo 1 debido a la gran cantidad de hipótesis, o problema de la multiplicidad ($p = 0,05/n$). Se partió de un nivel de significación de $p \leq 0,05$. Adicionalmente, se utilizó el test de Cohen *d* para evaluar el tamaño del

efecto de aquellos valores significativos. Para llevar a cabo el análisis estadístico se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.

RESULTADOS

De los 25 sujetos que acabaron participando en el estudio, 7 de ellos tuvieron que ser excluidos del análisis final por no haber podido completar los post-tests o por haber faltado a más del 50% de las sesiones (a fin de poder valorar de una manera más rigurosa la eficacia de la intervención, los investigadores establecieron como criterio adicional de inclusión para el análisis de datos el haber asistido al menos al 50% de las sesiones). Por todo ello, la muestra final fue de 18 pacientes. El promedio de asistencia fue de 6,16 sobre 8 sesiones, lo que equivaldría a un 77,08% del total de sesiones. Un 22,22% ($n=4$) de los pacientes asistió al 100% del tratamiento (8 sesiones en total); un 16,66% ($n=3$) lo hizo al 87,50% (7 sesiones); el 33,33% ($n=6$) corresponde a aquellos participantes que han asistido al 75% del tratamiento (6 sesiones); el 11,11% ($n=2$) asistió al 62,50% del tratamiento (5 sesiones); y el 16,66% ($n=3$) lo hizo al 50% del mismo (4 sesiones). El análisis dosis-resultados no ha sido estadísticamente significativo para ninguna de los tests empleados, de modo que no se ha podido demostrar una relación directa entre una mayor frecuencia de asistencia y un mejor resultado.

Los resultados para cada variable dependiente son los siguientes:

Análisis cuantitativo

Estado de Ánimo, Ansiedad, y Depresión (cambios pre- y post-tratamiento):

La prueba *t* de Student ha permitido comparar la media de las diferencias entre las puntuaciones medias del pre- y post-tratamiento para los niveles de Tensión,

Depresión, Cólera, Vigor y Fatiga así como del Índice de Alteración Emocional (IAE) de la escala POMS-A. Ninguna de ellas muestra diferencia significativa. No obstante, y a excepción de la subescala Vigor, todas las puntuaciones disminuyen al finalizar el tratamiento. La subescala Vigor muestra una puntuación más elevada en el post-tratamiento, un aumento que en este caso representa una “mejora” del síntoma dado que se trata de una variable positiva (ver tabla 2).

Con respecto a la media de puntuaciones pre-tratamiento de cada subescala, se observa que todas ellas se sitúan en un rango bajo de malestar emocional: Tensión $M=3,83$ ($DT=2,640$), Depresión $M=3,11$ ($DT=2,139$), Cólera $M=2,83$ ($DT=2,503$), Vigor $M=4,78$ ($DT=2,157$), y Fatiga $M=4,44$ ($DT=3,276$). La media de puntuaciones obtenidas en el post-tratamiento se mantienen en este rango bajo de malestar

emocional: Tensión $M=3,11$ ($DT=2,246$), Depresión $M=1,72$ ($DT=1,965$), Cólera $M=2,11$ ($DT=2,298$), Vigor $M=5,50$ ($DT=2,728$), y Fatiga $M=3,44$ ($DT=2,617$). El IAE también presenta unas puntuaciones que corresponden a un rango de bajo malestar emocional, con una media de $M=21,44$ ($DT=8,900$) antes de iniciar el tratamiento que se reduce a $17,11$ ($DT=8,415$) tras finalizar el tratamiento.

El análisis de las diferencias entre las medias de las puntuaciones pre- y post-tratamiento para los niveles de Ansiedad y de Depresión de la escala HAD señala que, si bien estas puntuaciones disminuyen para ambas subescalas, éstas no llegan a mostrar diferencias significativas (ver tabla 3).

Tanto las puntuaciones obtenidas en el total de la muestra para la variable Ansiedad como para la variable Depresión se encuentran dentro de la normalidad, y no muestran patología clínica ni antes ni des-

Tabla 2. Índice de Alteración Emocional y Subescalas del POMS-A: Media de las Puntuaciones Pre/Post-Tratamiento, Desviación Tipo, t de Student, Grados de Libertad y Valor de Significación Bilateral

Subescala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)
Índice Alteración Emocional POM-S	4,33	8,430	2,181	17	0,044
Tensión	0,72	1,674	1,831	17	0,085
Depresión	1,38	2,062	2,858	17	0,011
Cólera	0,72	2,347	1,306	17	0,209
Vigor	-0,72	2,396	-1,279	17	0,218
Fatiga	1,00	3,029	1,401	17	0,179

Valores-p de corrección de Holm Bonferroni: 0,008; 0,01; 0,0125; 0,016; 0,025 y 0,05.

Tabla 3. HADS: Media de las Puntuaciones Pre/Post-Tratamiento, Desviación Tipo, t de Student, Grados de Libertad y Valor de Significación Bilateral

Subescala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)
Ansiedad	0,94	2,287	1,752	17	0,098
Depresión	0,61	2,638	0,983	17	0,339

Valores-p de corrección de Holm Bonferroni: 0,025 y 0,05.

pués del tratamiento. Las puntuaciones obtenidas en la subescala Ansiedad son más elevadas que en las de Depresión. Así, los pacientes con CCR mostraron en el pre-tratamiento una media de 7,83 sobre 21 puntos (DT=3,944) en la variable Ansiedad. Esta puntuación se ubica dentro del rango de normalidad, aunque ligeramente por debajo del rango de un estado subclínico. Al finalizar el tratamiento, esta puntuación pasa a ser de $M=6,89$ (DT=3,341). De los cuatro sujetos que presentaban un estado de ansiedad clínica en el pre-tratamiento, hay un sujeto que evolucionó a un estado de normalidad y otro a un estado subclínico; los otros dos se han mantenido como casos clínicos. De los tres sujetos que presentaban ansiedad a nivel subclínico, uno de ellos pasó a un estado normal, otro alcanzó un resultado clínico y el otro se mantuvo igual. Los 11 sujetos restantes comenzaron el tratamiento en un estado normal y se mantuvieron estables a excepción de dos de ellos que pasaron a ser calificados como un caso subclínico.

En cuanto a la variable Depresión, la media fue de $M=4,56$ sobre 21 puntos (DT= 3,034) en el pre-tratamiento, una puntuación que se ubica dentro del rango de normalidad. Una vez finalizado el tratamiento, esta media se redujo a $M=3,94$ (DT= 2,980). En el momento del pre-tratamiento, únicamente tres sujetos presentaban un estado subclínico, de los cuales dos de ellos pasaron a un estado

normal al finalizar el tratamiento mientras que el otro se mantuvo igual. El resto de sujetos partieron ya de un estado normal al iniciar el tratamiento, pasando dos de ellos al estado subclínico al finalizar éste.

Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico (cambios pre- y post-sesión):

Se ha aplicado la prueba *t* de Student para analizar el efecto de la intervención, comparando, para cada uno de los tres ítems, la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel pre-sesión (sesión 1 a la 8 pre-) con la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel post-sesión (sesión 1 a la 8 post-). Los resultados extraídos de esta prueba muestran una disminución estadísticamente significativa de los niveles de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico. La corrección Holm-Bonferroni para múltiples comparaciones mostró diferencias significativas para el ítem Ansiedad (valor- $p=0,016$), para el ítem Malestar Físico (valor- $p=0,025$), y para el de Tristeza (valor- $p=0,05$). El cálculo de la *d* de Cohen muestra un tamaño del efecto grande para los tres casos, destacando especialmente el Malestar Físico. La tabla 4 recoge estos resultados.

Los estadísticos descriptivos de la EVN ofrecen unas puntuaciones bajas. La media de la variable Ansiedad de la EVN fue de $M=1,91$ (DT= 2,007) en el momento de pre-sesión se redujo a $M=0,87$ (DT= 0,952)

Tabla 4. EVN de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico: Media de la Puntuaciones Pre/Post-Sesión, Desviación Tipo, *t* de Student, Grados de Libertad, Valor de Significación Bilateral y *d* de Cohen

Subescala	Media	DT	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)	<i>d</i>
Ansiedad	1,03	1,204	3,642	17	0,002**	0,85
Tristeza	0,93	1,156	3,421	17	0,003***	0,80
Malestar Físico	0,85	0,676	5,345	17	0,000*	1,25

Valores-*p* de corrección de Holm Bonferroni: * $p \leq 0,016$ (0,05/3); ** $p \leq 0,025$ (0,05/2); *** $p \leq 0,05$.

en el post-sesión. La variable Tristeza pasa de una media inicial de $M=1,82$ ($DT=1,687$) a una media final de $M= 0,88$ ($DT= 0,890$); y finalmente, la variable Malestar Físico tiene una media inicial de $M= 1,8$ ($DT=1,206$) que disminuye a una $M= 1,00$ ($DT=0,811$) después de finalizar la sesión.

Calidad de Vida (cambios pre- y post-tratamiento)

Este estudio ha analizado la Calidad de Vida a partir de las siguientes dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30: la Escala de Calidad de Vida Global y las cinco Escalas de Funcionamiento (F). No se han administrado las 3 Escalas de Síntomas. Los resultados muestran unas puntuaciones negativas obtenidas de la t de Student, lo que indica que la puntuación pre-tratamiento es inferior a la post-tratamiento en la Escala Calidad de Vida Global así como para las 5 subescalas de Funcionamiento. Este hecho debe ser interpretado como una mejora, dado que se trata de escalas positivas, y una puntuación mayor corresponde a una mayor y mejor calidad de vida. No obstante, pese a esta mejora, los resultados no llegan a alcanzar significación estadística en ninguna escala ni subescala. La sub-

escala de Funcionamiento Emocional es la que parte de un nivel inicial más bajo y la que, al finalizar el tratamiento, consigue, una diferencia mayor y, por tanto, una puntuación más elevada que todas las demás (ver tabla 5).

Los estadísticos de cada una de las puntuaciones pre- y post-tratamiento muestran los siguientes resultados: Calidad de Vida Global pre- $M=60,66$ ($DT=20,595$) y post- $M=67,12$ ($DT= 18,845$); F. Físico pre- $M=84,56$ ($DT= 13,183$) y post- $M= 87,56$ ($DT= 15,779$); F. de Rol pre- $M=69,67$ ($DT= 29,766$) y post- $M= 72,44$ ($DT= 31,260$); F. Emocional pre- $M= 62,72$ ($DT= 19,637$) y post- $M= 71,94$ ($DT= 16,728$); F. Cognitivo pre- $M= 79,94$ ($DT= 20,174$) y post- $M= 80,83$ ($DT= 16,332$); F. Social pre- $M= 77,11$ ($DT= 19,778$) y post- $M= 81,78$ ($DT= 15,973$).

Análisis cualitativo

Resultados Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia

Este cuestionario, diseñado *ad hoc*, ha permitido explorar varios aspectos. Con respecto a la percepción de la mejora del estado anímico durante las sesiones, 13 de los participantes expresan que este programa

Tabla 5. EORTC-QLQ-C30 Calidad de Vida: Media de las Puntuaciones Pre/Post-Tratamiento, Desviación Tipo y Valores de Significación

Escala	Media	DT	t	gl	Sig. (bilateral)
Calidad de Vida Global ^(a)	-6,46	20,128	-1,362	17	0,191
Funcionamiento: ^(b)					
- Funcionamiento Físico	-3,00	11,040	-1,153	17	0,265
- Funcionamiento de Rol	-2,77	22,918	-0,514	17	0,614
- Funcionamiento Emocional	-9,22	21,195	-1,846	17	0,082
- Funcionamiento Cognitivo	-0,88	16,684	-0,226	17	0,824
- Funcionamiento Social	-4,66	18,818	-1,052	17	0,307

^(a) Valores-p de corrección de Holm Bonferroni: 0,05

^(b) Valores-p de corrección de Holm Bonferroni: 0,01; 0,0125; 0,016; 0,025 y 0,05

les ha ayudado a mejorar “Mucho” su estado anímico, mientras que los otros cinco consideran que esta mejora ha sido “Bastante”. Esta percepción de ayuda disminuye algo más cuando se trata de puntuar sobre la mejora del estado anímico en el día a día (y, por tanto, en situaciones y momentos fuera de la sesión) en cuanto a Ansiedad y a Tristeza. Aún y así, los resultados obtenidos siguen siendo positivos (ver figura 1).

El cuestionario ha permitido también

explorar cómo los participantes han valorado las diferentes estrategias de autorregulación emocional: la expresión de emociones y sentimientos, hablar de la enfermedad, la distracción y evasión de las preocupaciones, la relajación y disminución de tensiones, así como la interacción con los compañeros del grupo (socialización). La figura 2 muestra los resultados obtenidos para cada una de ellas.

En general, se puede afirmar que los

Figura 1. **Percepción de Mejora del Estado Anímico**

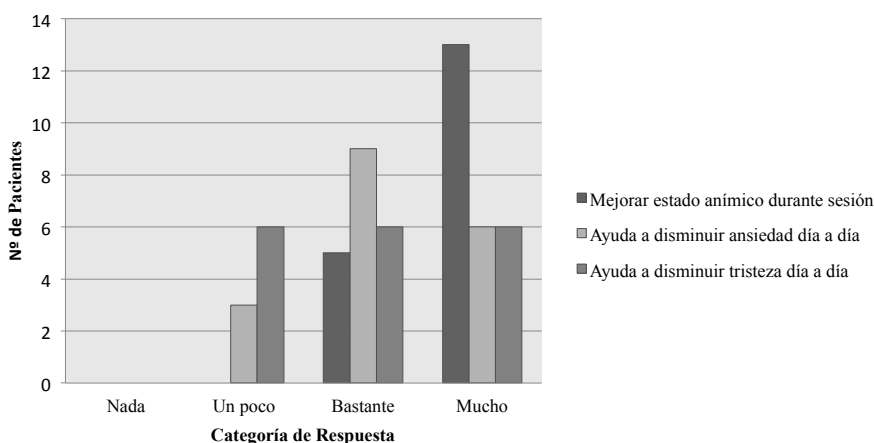
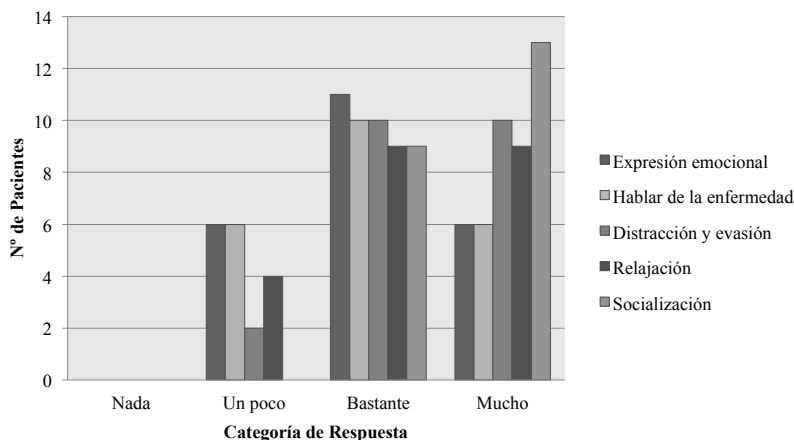


Figura 2. **Percepción sobre las Estrategias de Autorregulación Emocional**



participantes han percibido que este programa ha promovido el aprendizaje de recursos de auto-cuidado de los participantes, ya que lo han valorado como "Mucho" (n=12), "Bastante" (n=5) y "Un poco" (n=1). La percepción del grado de utilidad de este programa ha sido alta, en tanto que 12 sujetos consideran que esta experiencia ha resultado muy útil ("Mucho"), para cinco de ellos ha sido "Bastante" útil, mientras que para uno de ellos sólo "Un poco". Finalmente destacar el hecho de que los participantes coinciden en que esta experiencia es recomendable para otras personas: "Mucho" (n=12) y "Bastante" (n=6).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio se ha centrado en explorar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para mejorar el estado anímico y calidad de vida de un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal. Con respecto al análisis cuantitativo del estado anímico, se comentan seguidamente los resultados obtenidos a nivel de post-tratamiento para las variables estado de ánimo, ansiedad y depresión.

Los resultados de la escala POMS-A no muestran diferencia significativa en ninguna de sus cinco subescalas ni en la del Índice de Alteración Emocional (IAE). No obstante, sí se debe destacar el hecho de que todas las puntuaciones, salvo las de la subescala Vigor, muestran una disminución, hecho que va en la línea de los cambios esperados. La subescala Vigor, a diferencia de las otras subescalas de carácter negativo de este test (Tensión, Depresión, Cólera y Fatiga), es una variable positiva, de modo que su puntuación más elevada en el post-tratamiento representa una mejora del síntoma. El IAE muestra una disminución de la puntuación que tampoco resulta significativa estadísticamente. La no significación de estos datos podría explicarse por el hecho de que esta mues-

tra presenta un rango bajo de malestar y alteración emocional ya antes de iniciar el tratamiento y por tanto hay poca posibilidad de cambio positivo o mejora. Ante una falta de resultados significativos en el IAE de su estudio, Waldon⁽⁴⁶⁾ argumentó como posible causa el hecho de que los estados de ánimo son transitorios y fluctuantes por naturaleza, y que el POMS es un instrumento sensible a estos cambios del estado anímico, sin detectar propiamente un rasgo que persista de manera más estable en el tiempo. Otra posible explicación que podría ayudar a entender la falta de significación en este estudio sería el hecho de que la versión reducida A de este test no haya sido suficientemente sensible para recoger todo el malestar emocional de los participantes. Además, la prueba estadística de Holm-Bonferroni conlleva realizar un ajuste del valor-p en función del número de contrastes, que en el caso del POMS-A es de 6, lo que lleva a establecer un primer nivel α de significación de $p=0,011$ (0,05/6). No obstante, los resultados obtenidos con este test van en la dirección de cambio deseado, y apuntan hacia los resultados obtenidos en estudios previos realizados, en los que se logran unas mejoras significativas del estado de ánimo como resultado de participar en sesiones de musicoterapia en el contexto⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾.

La subescala de Depresión es la que presenta un valor p más bajo de todas ($p=0,011$) seguida del índice de Alteración Emocional ($p=0,044$) y de la subescala Tensión ($p=0,85$). Un dato interesante a comentar es el hecho de que la puntuación más baja de todas las subescalas corresponde a la subescala Depresión, que aunque no alcanza nivel de significación estadística, contrasta con los resultados de la revisión Cochrane de Bradt et al.⁽¹⁵⁾ que sugieren que las variables depresión o fatiga de los pacientes con cáncer no responden de manera tan clara ante las intervenciones con musicoterapia, como sí sue-

le hacerlo la variable ansiedad (Tensión). Otro dato a comentar es la congruencia de los resultados obtenidos: las subescalas Depresión y Tensión (Ansiedad) quedan más próximas al grado de significación que las otras subescalas. Ello puede explicarse porque este programa ha incidido especial y directamente en la variable Depresión (y Tristeza) y Ansiedad (Tensión) mediante técnicas y actividades de musicoterapia específicamente diseñadas para promover una mejora en estos dos ítems del estado anímico (y no ha pretendido incidir directamente en variables como Cólera, Fatiga y Vigor, si bien ha obtenido resultados en la dirección deseada y que apuntan, por tanto, hacia una mejora).

Los resultados de la escala HAD tampoco reflejan un cambio significativo en sus puntuaciones de sintomatología ansioso-depresiva, si bien también se da una disminución en las mismas. Tanto las puntuaciones obtenidas en el total de la muestra para la variable Ansiedad como para la variable Depresión se encuentran dentro de la normalidad, y no muestran patología clínica ni antes ni después del tratamiento. Las puntuaciones obtenidas en la subescala Ansiedad en el pre-tratamiento se ubican ligeramente por debajo del rango de un estado subclínico, y disminuyen al finalizar el tratamiento. La mayor parte de los participantes se sitúan en un rango de normalidad; solo un 22,22% ($n=4$) de la muestra presenta problemas de ansiedad clínica, y la mitad de ellos reduce este malestar al acabar el tratamiento; el otro 16,66% ($n=3$) presentaba en un inicio un estado de ansiedad a nivel subclínico, que mostró variabilidad en los resultados, mejorando a un estado normal, empeorando a un estado clínico y manteniéndose igual. Los 11 sujetos restantes comenzaron el tratamiento en un estado normal y se mantuvieron estables a excepción de dos de ellos que pasaron a ser calificados como un caso subclínico. La variable De-

presión obtuvo puntuaciones muy bajas en el pre-y post-tratamiento, que se consideran dentro del rango de normalidad. No se detectaron casos de depresión clínica en el pre-tratamiento, y únicamente el 16,66% ($n=3$) de los sujetos presentaban un estado subclínico, que al finalizar el tratamiento progresaron a un estado normal ($n=2$) y manteniéndose igual en el otro caso ($n=1$). Tan solo un 11,11% finalizaron el tratamiento en el rango de depresión subclínica, mientras lo habían iniciado en rango de normalidad.

Como conclusión, cabe señalar que, a nivel general, tanto la variable Ansiedad como Depresión del HAD presentan puntuaciones que ya en el se sitúan en un rango de normalidad, de no patología clínica, y disminuyen un poco tras el tratamiento. Esta muestra presenta, pues, unos niveles de estrés emocional (ansiedad y depresión) bajos. Estos resultados coinciden con las puntuaciones también bajas obtenidas en el test POMS-A comentado anteriormente. Así pues, en el caso de esta muestra, no parece haber presencia de sintomatología a la que tratar con esta intervención, lo que podría explicar también la no obtención de cambios significativos en los resultados.

Continuando con el análisis cuantitativo, se comentan a continuación aquellos resultados obtenidos en pre- y post-sesión para las variables ansiedad, tristeza y malestar físico. Las EVN muestran la comparación del efecto global de la media de las ocho sesiones de musicoterapia antes de iniciar las mismas y después de finalizarlas. Aún a pesar de haber obtenido unas medias de puntuaciones bajas, destaca la disminución estadísticamente significativa de los tres ítems valorados, con una mayor significación para la variable Ansiedad, en primer lugar, seguida del Malestar Físico y finalmente de la variable Tristeza. Sorprende el efecto y mejora importante del tratamiento de musicoterapia en la varia-

ble Malestar Físico; incluso el tamaño del efecto más grande se da para esta variable también. El hecho de que el tratamiento diseñado no ha ido dirigido especialmente a trabajar este aspecto, lleva a reflexionar sobre la posible interconexión y mutua influencia de los aspectos psicológicos sobre los físicos, y viceversa. Sarafino⁽⁴⁹⁾ señala la importancia de las interacciones biopsicosociales, de modo que el efecto de distractor de la música, entre otros, puede reducir la percepción de síntomas físicos y reducir consecuentemente ese malestar físico. Este ítem puede considerarse como una variable que, aunque no incide de manera directa en el estado de ánimo, sí que puede modularlo e influenciarlo.

Así pues, en base a estos resultados se puede afirmar que las sesiones de musicoterapia han resultado ser efectivas para los participantes en reducir los niveles de percepción de su propio estrés emocional relacionado con la Ansiedad, la Tristeza, y el Malestar Físico.

En lo que respecta a la variable Calidad de Vida, los resultados de la escala EORTC QLQ-C30 no muestran cambios significativos para la Escala de Calidad de Vida Global, aunque debe decirse que los participantes ya presentan unos niveles medio-altos antes de iniciar el tratamiento, lo que representaría una calidad de vida media-alta. Con respecto a las Escalas de Funcionamiento, si bien no se han obtenido cambios a nivel de significación estadística para ninguna de sus 5 dimensiones, sí debe destacarse el hecho de que la subescala de Funcionamiento Emocional es la que presenta una disminución más importante. Ello sería congruente con los objetivos del estudio, en tanto que es la dimensión sobre la que más directamente se ha pretendido incidir. Así pues, pese a que los resultados no muestran cambios significativos, el aumento en las puntuaciones en estas dimensiones permite creer que el tratamiento ha ayudado a obtener

un cambio en la dirección deseada. Estos datos son también congruentes con los resultados de la revisión Cochrane⁽¹⁵⁾ que muestran una mejora en la variable calidad de vida, si bien sin diferencias significativas. Analizando la subescala de Funcionamiento Emocional, se observa como esta dimensión es la que presenta puntuaciones con cambios más notables en comparación con las otras subescalas de funcionamiento, destacando el hecho de que los participantes inician el tratamiento a un nivel de Funcionamiento Emocional con una media de puntuaciones más baja que en cualquiera de las otras cuatro dimensiones, y es precisamente aquella que muestra un cambio más notable tras la intervención de musicoterapia. Se trata de un dato interesante, que nos permite hablar sobre la capacidad de la musicoterapia para disminuir el malestar emocional y mejorar la calidad de vida.

La variable calidad de vida es un constructo multidimensional, constituido a su vez por otras dimensiones o factores⁽⁴⁴⁾. Dicha variable, además de ser evaluada mediante instrumentos específicamente diseñados para medirla, puede ser también sensible a otras variables relacionadas con aspectos físicos (dolor, relajación, tensión, etc.) y/o psicológicos (ansiedad, tristeza,...), que están interconectados y que se ven mutuamente influenciados. Las intervenciones musicoterapéuticas pueden tener una influencia en los procesos fisiológicos y psicológicos, y pueden contribuir a una disminución tanto del malestar físico como del estrés emocional⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

El análisis cualitativo se realiza a partir de la información recogida mediante el *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia (CVPMT)*, diseñado *ad hoc*. Autores como Serra⁽³⁵⁾ o Waldon⁽⁴⁶⁾, complementan su análisis cuantitativo con el cualitativo, obteniendo información adicional muy interesante. El CVPMT ha permitido recoger también un tipo de información

no sólo interesante sino también muy útil, en tanto que aporta una serie de descripciones realizadas por los participantes sobre su experiencia vivida en este programa y que podrían relacionarse también con su calidad de vida. Algunas de ellas son de carácter más general y consideran que este programa ha sido: *“Muy positivo”* y *“Bueno”*; otras expresan sentir su *“Contento”* con él y haber resultado de ayuda en su mejora del estado anímico: *“Satisfactoria, alegría y ayuda personal”*, *“Me ha ayudado a ser más feliz”*, *“Tranquilizador”*.

Otras descripciones se centran más en el modo en que les ha sido de utilidad así como en el aprendizaje de recursos de auto-cuidado para la mejora del estado de ánimo, y tienen que ver con algunas de las estrategias de autorregulación emocional y los objetivos terapéuticos trabajados durante las sesiones refiriéndose a la experiencia como: *“Me ha dado un estado de paz interior excelente”*, *“Distraer la mente”*, *“Muy interesante, ameno, educativo”*, *“Me ha ayudado mucho a evadirme y relajarme y pensar en positivo en los momentos en que me venía abajo”*. Ha habido descripciones que tienen que ver con los aspectos grupales y el carácter terapéutico y de ayuda del mismo. Cabe recordar que diez participantes valoran en *“Mucho”* el grado de ayuda del programa para promover la socialización y relación entre compañeros, y los otros 8 lo valoran como *“Bastante”*. Algunas de estas descripciones son las siguientes: *“Me ha gustado mucho que hable uno y otro de la enfermedad”*, *“Te sientes arropada y comprendida por personas que tienen tu mismo problema”*, *“Relacionarme con otras personas que sufren el mismo problema y hacer amistad con ellas”*, *“Sirve de ayuda para las personas que se encuentran en esta situación, porque comunicas emociones y fortaleces el ánimo para “hacer camino”*. Todo ello nos lleva a entender que todos los participantes consideren este programa como

muy o bastante recomendable, y que su percepción del grado de utilidad del mismo sea también muy alta para la mayoría de ellos, bastante para algunos otros, y tan solo poco útil en el caso de una persona.

Así pues, y en lo que respecta a la batería de tests estandarizados administrados en este estudio, se puede ver cómo –a excepción de las EVN– todos ellos presentan unos resultados que pese a representar una mejora emocional no ofrecen un cambio a nivel estadísticamente significativo. Este hecho nos lleva a reflexionar sobre tres aspectos: la importancia de aumentar la muestra de sujetos participantes, de incluir a sujetos con un mayor nivel de malestar emocional, y de seleccionar aquellos tests estandarizados más adecuados a las variables de medición y objeto de estudio. La musicoterapia no cuenta todavía con tests estandarizados propios de su disciplina, y como debe apoyarse en aquellos que provienen de otras disciplinas, que podrían no recoger ni ser suficientemente sensibles a aquellos aspectos propios de esta disciplina^(53,54). Por otra parte, existe el dilema de mantener un equilibrio entre seleccionar y administrar tests más largos, con todos los módulos y extensión correspondiente, y adecuar el tiempo de administración de los mismos al estado físico y psicológico de los pacientes.

A modo de resumen de resultados, y basándonos en la mejora de todas las puntuaciones obtenidas, tanto de aquellas estadísticamente significativas como no, nos permite hablar de una mejora del estado anímico de los participantes tras finalizar su participación en este programa de musicoterapia. Es importante ser cauto con estos resultados, dado que no puede descartarse la presencia de otro tipo de variables que hayan podido afectar al estado emocional. No obstante, debe destacarse también el papel que haya podido desempeñar el tipo de diseño del tratamiento y las técnicas empleadas. La musicoterapia

pia cuenta con una variedad de técnicas de expresión emocional y comunicación, como son el análisis lírico de canciones, la composición musical, las audiciones musicales y cantar canciones; todas ellas han permitido expresar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal, y canalizarlos a través de experiencias musicales.

Las técnicas que han tenido mejor acogida en este grupo, y de manera mayoritaria, han sido la técnica de análisis lírico, tocar instrumentos de percusión, cantar la canción de bienvenida en grupo y la relajación acompañada de música de fondo. Las audiciones de canciones que presentan un mensaje significativo permite llevar a cabo un ejercicio de análisis y exploración de temas y aspectos no resueltos, y reflexionar sobre la propia manera de pensar, sentir y actuar, así como observar otras estrategias y maneras de afrontamiento de las compañeras que pueden ser diferentes. Constituyen, pues, una interesante y eficaz estrategia para fomentar la ventilación y expresión emocional. La técnica de tocar instrumentos musicales de pequeña percusión ayuda también a canalizar emociones a nivel no verbal, y permite, a su vez, realizar un trabajo de focalización de la atención en la tarea musical. Las actividades de tocar instrumentos o de cantar juntos en un grupo permiten crear un espacio de mayor complicidad y sincronización entre los participantes, y ayuda a la cohesión del grupo^(46,55-57).

También han sido bien recibidas las técnicas de relajación, especialmente la de escuchar música de fondo acompañada de las pautas verbales de la musicoterapeuta. Ello ha permitido canalizar la tensión muscular y/o dolor, y conseguir así distraer y liberar el malestar físico. Las distintas actividades de relajación aplicadas han generado un espacio más personal e íntimo durante las sesiones, en el que se favorece más el contacto con uno mismo, pese a estar en contexto grupal. Paralelamente,

otra estrategia para promover estados de distensión y disminución de la percepción del dolor o malestar físico ha sido precisamente la utilización de técnicas de carácter activo como tocar instrumentos y música y movimiento.

Las respuestas individuales a la música son diferentes según cada persona. Este programa ha seguido la recomendación de la revisión Cochrane⁽¹⁵⁾ de utilizar no solo técnicas pasivo-receptivas sino también técnicas activas a fin de poder trabajar adecuadamente las necesidades del paciente oncológico y los correspondientes objetivos terapéuticos. Ello ha contribuido a facilitar una mayor implicación y participación. Las anotaciones recogidas en la *Hoja de Observación y Registro de Conductas* indican que, si bien, en los momentos iniciales de la intervención, los participantes mostraban cierta reticencia ante propuestas musicoterapéuticas más interactivas y de mayor grado de implicación, esta reticencia e inseguridad se ha ido reduciendo progresivamente, y los pacientes han ido mostrando mayor seguridad y disfrute ante las mismas.

El CVPMT revela el alto grado de utilidad del programa que han percibido los asistentes. La auto-administración de las EVN antes y después de cada sesión ofrece la oportunidad de conectar con uno mismo, de observar el propio estado emocional y físico de ese momento, y de tomar consciencia de los cambios que se puedan producir al finalizar la sesión. Pese a que la media de estas puntuaciones observadas a nivel de pre-sesión no haya sido en general demasiado alta, probablemente les haya ayudado a mejorar su *insight*, y a darse cuenta de que el hecho de implicarse activamente en una experiencia de este tipo puede ayudar a aumentar su sensación de control, y a tomar decisiones orientadas hacia el cuidado de sí mismos. Este estudio va en la línea de aportar una modalidad de intervención que tiene en cuenta las

necesidades de las personas con CCR, y les ofrece nuevos recursos que les ayuden a adaptarse en su día a día.

Un aspecto muy importante a comentar tiene que ver con el porcentaje de asistencia a las sesiones así como con la adherencia al tratamiento de musicoterapia. Llama la atención el alto porcentaje de sujetos que se ha perdido en el estudio: 56,09%, una pérdida de sujetos que se ha producido en dos momentos temporales del programa. Un primer momento corresponde al proceso de derivación, momento en el que los oncólogos informan del programa a sus pacientes y les recomiendan participar en él. De los 41 pacientes que fueron invitados a participar en el estudio, 16 de ellos no llegaron a hacerlo y no asistieron a ninguna sesión. Algunos de los motivos que han llevado a esta falta de adherencia al programa tiene que ver con cambios en la dinámica del día a día (problemas familiares, solapamiento del horario con otros tratamientos médicos, desconfianza y/o desconocimiento sobre la utilidad del programa, prejuicios y miedos por “no tener estudios musicales”, etc.). La musicoterapia es todavía una disciplina emergente en nuestro país, y la población puede no estar todavía informada ni convencida de sus posibles beneficios. Iniciar un tratamiento nuevo, desconocido, puede resultar difícil de asumir en un momento en el que el paciente ya se suele sentir abrumado por los tratamientos oncológicos activos, las diferentes pruebas y controles médicos, así como con malestar físico y emocional. Por esta razón, sería interesante agilizar el proceso de derivación así como las listas de espera del programa y configuración de los grupos, a fin de mantener la motivación generada por los oncólogos de referencia e iniciar los grupos lo antes posible.

Un segundo momento temporal tiene que ver con el periodo de tratamiento en

sí. Las dificultades de adherencia no solo a los tratamientos médicos sino también a tratamientos coadyuvantes como el soporte psicológico, entre otros, constituyen un problema frecuente en el contexto oncológico^(58,59). En el campo de la musicoterapia sucede algo similar, y tampoco resulta fácil conseguir un porcentaje elevado de asistencia y adherencia a las sesiones, dado que existen diferentes factores que interfieren y pueden dificultar, e incluso impedir, la asistencia del paciente a la sesión: solapamiento de visitas con el oncólogo y/o otros profesionales, analíticas y/o otras pruebas médicas, etc. así como malestar físico derivado de los tratamientos, complicaciones y/o progresión de la enfermedad, o incluso éxitus del paciente. De los 25 sujetos que participaron en este estudio, 7 de ellos fueron excluidos del análisis estadístico del estudio por no asistir a un mínimo del 50% de las sesiones y uno por no haber realizado los post-tests, quedando así una muestra final de 18 participantes. Aumentar la frecuencia de las sesiones y ofrecer un programa de 2 sesiones semanales facilitaría recibir al menos una sesión por semana. No obstante, éste es un problema muy frecuente en el contexto de la musicoterapia, al que varios autores han hecho ya referencia^(14,30,32,35). Pese a todo ello, la media de asistencia ha sido de 6,16 sesiones de las 8 en total, y su correspondiente porcentaje del 77,08, una cifra notable teniendo en cuenta que 11 de los 18 sujetos (un 61,11%) se encontraban en ese momento recibiendo tratamiento de quimioterapia, y por tanto, podían estar experimentando los efectos colaterales de dicho tratamiento.

Los autores son conscientes de que una de las limitaciones de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra, el carecer de una muestra aleatorizada, y no haber contado con un grupo control. Razones prácticas han tenido que ver con

este hecho: se trata de un proyecto piloto, que no sólo pretende estudiar el efecto de la musicoterapia en los pacientes, sino también analizar cómo este tipo de programa puede incluirse progresivamente en los servicios del hospital. Es por ello que la muestra fue totalmente asignada al grupo experimental, ayudando a una coordinación más fácil entre los oncólogos y la musicoterapeuta. La muestra presenta también problemas de heterogeneidad, que pueden ser atribuidos al proceso de derivación y a unos criterios de inclusión demasiado amplios. De cara a futuros estudios, se recomienda acotar más las variables clínicas referentes al tipo de tratamiento actual así como tratamientos recibidos previamente al iniciar el programa de musicoterapia, y conviene también reflexionar sobre establecer como criterio de inclusión a aquellos sujetos que presentan un mayor grado de malestar emocional en cuanto a nivel de ansiedad y depresión, por las razones expuestas anteriormente. Además, un grupo más homogéneo en cuanto a las variables sociodemográficas permitiría abordar determinadas cuestiones y preocupaciones en la sesión de una manera más directa y todavía más adaptada a las necesidades de cada participante. Con respecto a las ganancias terapéuticas logradas, sería importante poder realizar un seguimiento de los participantes, a fin de detectar si los cambios observados en el estado de ánimo se mantienen a lo largo del tiempo.

Por otro lado, y también en relación a la muestra, cabe destacar la importancia de haber diseñado y centrado este estudio en un grupo de pacientes exclusivamente diagnosticados de cáncer de tipo colorrectal. Cada cáncer conlleva un tratamiento distinto, comporta unos efectos secundarios diferentes así como unas secuelas específicas. Desde el punto de vista clínico, el enfermo de CCR debe realizar unas adaptaciones concretas fruto de su

tipo de cáncer y de sus tratamientos específicos. Desde el punto de vista terapéutico, trabajar con un grupo homogéneo en cuanto a diagnóstico ha facilitado la cohesión grupal, promoviendo un nivel de complicidad fuerte entre los participantes. Además, de manera espontánea, y ya desde las primeras sesiones, se han establecido vínculos y redes sociales fuera de la sesión. Durante la sesión se ha podido observar una alta disposición de ayuda y cooperación entre los participantes, compartiendo sugerencias, consejos y trucos personales de afrontamiento y adaptación a los retos que el CCR plantea. Los aspectos abordados en la sesión han tenido que ver con aspectos generales que se abordan en otros programas de musicoterapia oncológica en general, si bien, han ido específicamente relacionados con particularidades de este tipo de cáncer. Dentro de los generales, se puede decir que asistir y participar en sesiones de musicoterapia ha dado oportunidades para expresarse, canalizar emociones y mejorar el estado de ánimo, disminuyendo el nivel de alteración del mismo. Ha permitido abordar el miedo a los tratamientos, complicaciones de la enfermedad, dolor, muerte y desfiguración. También aspectos relacionados con la incomprensión a nivel social; y ha ofrecido oportunidades para disminuir las alteraciones en el nivel de actividad social, dado que el hecho de asistir a sesiones de musicoterapia da oportunidades para disminuir el aislamiento, salir de casa y relacionarse con otros. Dentro de los aspectos específicos del CCR, se han abordado las alteraciones en la imagen corporal y autoestima: asistir a estas sesiones ha dado oportunidades para mostrarse ante los demás, y para compartir dificultades y frustraciones con respecto a los cambios sufridos a nivel físico-corporal y psicológico. El temor a la pérdida de control ha sido un tema frecuentemente discutido en las sesiones:

asistir a este grupo ha permitido explorar y moverse en un entorno fuera de casa, adaptarse y manejar situaciones personales en un contexto terapéutico, que aporta seguridad, confidencialidad y confianza; todo ello con el fin de facilitar posteriores exposiciones a otros entornos y contextos cotidianos ya no terapéuticos.

Otro punto fuerte de este programa es el haber incluido la figura de un musicoterapeuta profesional, ya que ha permitido diseñar y adaptar las intervenciones al perfil y necesidades de las participantes, ha contemplado las preferencias musicales de cada una de ellas, y ha incorporado técnicas de musicoterapia de tipo activo y receptivo, en un formato de grupo que ha ayudado a abordar aspectos sociales y relacionales de los participantes. Por otra parte, si se revisan las experiencias realizadas con pacientes oncológicos, muchas de ellas se basan en intervenciones de una sesión o dos; pocas de ellas ofrecen una continuidad de ocho sesiones semanales de 90 minutos de duración. El efecto de la intervención de musicoterapia ha sido cuidado mediante el criterio de únicamente incluir en el estudio a aquellos sujetos que hayan asistido al menos al 50% de las sesiones; este es un aspecto que no queda claro ni suficientemente recogido en los estudios de musicoterapia realizados en este campo. Finalmente, destacar el hecho de haber podido implementar el tratamiento en el propio hospital de referencia de los pacientes y ofrecerles una experiencia no invasiva, agradable y gratificante, en un entorno que, hasta ese momento, ellos consideraban como "difícil e invasivo".

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio sugieren que la musicoterapia puede facilitar un cambio positivo en el estado de ánimo de los pacientes diagnosticados de cáncer co-

lorrectal. Se ha podido observar una clara disminución del malestar emocional después de las sesiones. Es importante recoger una muestra más amplia y que presente mayor malestar emocional detectado por tests estandarizados a fin de potenciar el efecto del tratamiento a nivel significativo. Los participantes han percibido esta experiencia como útil, recomendable y de ayuda para mejorar su estado anímico en el día a día, y parece que les ha permitido mejorar diferentes aspectos a lo largo del programa, que pueden relacionarse con la variable calidad de vida. Es necesario seguir investigando en el campo de la musicoterapia a fin de poder seguir mejorando las limitaciones de este estudio, documentando nuevos hallazgos y contribuyendo a mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal.

AGRADECIMIENTOS:

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo de Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica, Barcelona. Agradecemos al Dr. Páez y a la Dra. Tobeña así como al Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona su contribución en el desarrollo de este proyecto piloto. Nuestro agradecimiento también a Mar Martínez de la Universitat de Barcelona, por su asesoramiento en materia estadística. Por último, dar las gracias a cada uno de los participantes de este estudio, por su confianza e implicación en el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2014. 2014; Recuperado a partir de: <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>

2. National Comprehensive Cancer Network, NCCN (2011). Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education [Acceso 20 de octubre de 2015]. Disponible en: [://www.nccn.org/](http://www.nccn.org/)
3. Hernández M., Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud* 2013;24:1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a>
4. Pocino M, Luna G, Canelones P, Mendoza A, Romero G, Palacios LE, et al. La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:59-73. Doi:
5. Yélamos C, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En: Astudillo W, Montiano E, Salinas-Martín A, Díaz-Albo E, Mendinueta C, editores. *Manejo del cáncer en atención primaria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2009:267-84.
6. Die Trill M. Impacto Psicosocial del Cáncer Colorrectal. *Contigo*. 2007;septiembre(12):19-21.
7. Alvarado-Aguilar S, Guerra-Cruz HG, Cupil-Rodríguez AL, Calderillo-Ruiz G, Oñate-Ocaña LF. Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia o quimiorradioterapia. *Cir Cir* 2011;79:439-46.
8. Molina R, Feliu J, San-José B, López JL, Martín JI, Martínez-Amores B, et al. La reinserción laboral en los pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología* 2008;5:83-92.
9. Blanco I, Cabrera E, Llorca G. Cáncer colorrectal hereditario. *Psicooncología* 2005;2:213-28.
10. López-Santiago S, Cruzado J, Custodio A, Feliu J. Variables asociadas al deterioro cognitivo en pacientes de cáncer de colon. *Psicooncología* 2011;8:301-14.
11. Soriano M, Cantero R, Olivares ME, Cruzado JA, Delgado I, Balibrea JM, et al. Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Psicooncología* 2007;4:121-32
12. Soriano M, Blasco J, Izquierdo F, Guerra M. Herramientas de ayuda a la toma de decisiones en cáncer colorrectal: una revisión. *Psicooncología* 2010;7:329-39.
13. Cardoso A, Blasco T, Fernández-Castro J. Is there a relationship between positive affect and other dimensions of quality of life in colorectal cancer patients? *An Psicol* 2015;31:404-13. Doi:10.6018/anale-sps.31.2.160331
14. Hanser SB. Music therapy in adult oncology: research issues. *J Soc Integr Oncol* 2006;62-6.
15. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *Cochrane database Syst Rev* 2011;(8):9-11. Doi: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.Copyright
16. Deng GE, Cassileth BR, Cohen L, Jyothirmai G, Johnstone PAS, Kumar N, et al. Integrative oncology practice guidelines. *J Soc Integr Oncol* 2007;5:65-84
17. National Center for Complementary and Alternative Medicine, CAM (2015). [Acceso 10 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/complementaryandalternativemedicine.html>
18. Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. Musicoterapia. [Acceso 10 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas/terapia-cuerpo-mente/114216-musicoterapia>
19. Bechtold ML, Puli SR, Othman MO, Bartalos CR, Marshall JB, Roy PK. Effect of music on patients undergoing colonoscopy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Dig Dis Sci* 2009;54:19-24. Doi:10.1007/s10620-008-0312-0
20. Tam WWS, Wong ELY, Twinn SF. Effect of music on procedure time and sedation

- during colonoscopy: A meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2008;14:5336-43. Doi:10.3748/wjg.14.5336
21. Rudin D, Kiss A, Wetz RV, Sottile VM. Music in the endoscopy suite: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Endoscopy* 2007;39:507-10.
 22. Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, Redlin-Frazier S, Eck C, Hepworth JT, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *J Music Ther* 2006;43:247-65.
 23. O'Callaghan C, Sproston M, Wilkinson K, Willis D, Milner A, Grocke D, et al. Effect of self-selected music on adults' anxiety and subjective experiences during initial radiotherapy treatment: A randomised controlled trial and qualitative research. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2012;56:473-7. Doi:10.1111/j.1754-9485.2012.02395.x
 24. Smith M, Casey L, Johnson D, Gwede C, Riggins OZ. Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:855-62.
 25. Zhao PT, Liang J, Shao QJ, Liang F, Yuan HQ, You FS. Interventional effects of musical therapy to physiological and psychological conditions in process of radiotherapy for patients with cancer. *Chinese J Cancer Prev Treat* 2008;15:1097-9.
 26. Bulfone T, Quattrin R, Zanotti R, Regattin L, Brusaferrro S. Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holist Nurs Pract* 2009;23:238-42. Doi:10.1097/HNP.0b013e3181aeceee.
 27. Ezzone S, Baker C, Rosselet R, Terepka E. Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncol Nurs Forum* 1998;25:1551-6.
 28. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *J Music Ther* 2007;44:242-55.
 29. Frank JM. The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum* 1985;12:47-52.
 30. Gimeno MM. The Effect of music and imagery to induce relaxation and reduce nausea and emesis in cancer patients undergoing chemotherapy treatment [dissertation]. University of the Pacific, 2008.
 31. Sabo CE, Michael SR. The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. *Cancer Nurs* 1996;19:283-9.
 32. Standley JM. Clinical application of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Ther Perspect* 1992;10:27-35.
 33. Straw GW. The use of guided imagery and relaxation for the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. (Master's thesis). Lakehead University. Ontario, Canada; 1991.
 34. Bozcuk H, Artac M, Kara A, Ozdogan M, Sualp Y, Topcu Z, et al. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Med Sci Monit* 2006;12:CR200-5.
 35. Serra M. Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo [tesis doctoral] Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2013. [Acceso 10 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/108962>
 36. Xie Z, Wang G, Yin Z, Liao S, Lin J, Yu Z, et al. Effect of music therapy and inner image relaxation on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Chinese Ment Health J* 2001;15:176-8.
 37. Hanser SB, Bauer-Wu S, Kubicek L, Healey M, Manola J, Hernandez M, et al. Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *J Soc Integr Oncol* 2006;4:116-24.

38. Bradt J, Dileo C. Music therapy for end-of-life care. *Cochrane database Syst Rev* 2010; (1):CD007169. Doi: 10.1002/14651858.CD006911.pub2. Copyright
39. McNair DM, Lorr M, Droppelman LF. EDITS manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational & Industrial Testing Service; 1992.
40. Fuentes Y, García Merita M, Melià JL, Balaguer Y. Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS). IV Congreso de Evaluación Psicológica, 21-24 de Septiembre. Santiago de Compostela. España; 1994.
41. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
42. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
43. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76.
44. Arrarás JJ, Arias de la Vega F, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *An Sist Sanit Navarra* 2011;34:9-20.
45. Arraras JJ, Suárez J, Arias de la Vega F, Vera R, Asín G, Arrazubi V, et al. The EORTC Quality of Life questionnaire for patients with colorectal cancer: EORTC QLQ-CR29 validation study for Spanish patients. *Clin Transl Oncol* 2011;13:50-6. Doi: 10.1007/s12094-011-0616-y
46. Waldon EG. The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *J Music Ther* 2001;38:212-38.
47. Cassileth BR, Vickers AJ, Magill LA. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: A randomized controlled trial. *Cancer* 2003;98:2723-9. Doi: 10.1002/cncr.11842
48. Martí P, Mercadal-Brotons M, Solé, C. Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología* 2015;12:105-128. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48907
49. Sarafino EP. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 5th ed. New York: John Wiley and Sons; 2008.
50. Huang S-T, Good M, Zauszniewski JA. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010;47:1354-62. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
51. Magill-Levreault L. Music therapy in pain and symptom management. *J Palliat Care* 1993;9:42-8.
52. Zimmerman L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R. Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *West J Nurs Res* 1989;11:298-309.
53. Dileo C. Effects of music and music therapy on medical patients: A meta-analysis of the research and implications for the future. *J Soc Integr Oncol* 2006;4:67-70.
54. Standley JM. Investigación sobre música en el tratamiento médico. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en Medicina Aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial Médica Jims.; 2010. p. 1-63.
55. Dvorak A. Music therapy support groups for cancer patients and caregivers [dissertation] University of Iowa; 2011.
56. Carballo P, Martí P. Musicoterapia y Oncología: Una experiencia con un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Música, Terapia y Comunicación Rev Musicoterapia* 2008;28:27-42.
57. Martí P, Carballo P. Musicoterapia y cáncer de mama. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en Me-*

- dicina Aplicaciones prácticas. Barcelona: Editorial Médica Jims. 2010. p.251-70.
58. Arrighi E, Jovell AJ, Navarro MD. El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. *Psicooncología* 2010;7: 363-74.
59. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MÁ, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2012;9:233-57. Doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895

5.4. Artículo 4 – Estudio 3

Martí, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé, C. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 105-128.

FE DE ERRATAS

- **Página 114:**
En apartado *Resultados (1er párrafo)*:

Debería decir:

De las doce pacientes derivadas al programa, 11 de ellas participaron en el mismo. Destacamos, en primer lugar, el elevado porcentaje (...)

- **Página 114:**
En apartado *Resultados (último párrafo)*:

Debería decir:

Calidad de Vida:

Para el análisis (...). Los resultados no muestran cambios significativos **a excepción de la Escala de Funcionamiento Emocional.**

- **Página 115:**
En *Tabla 4*:

Debería decir:

$p= 0,027$ * (mostrar valor significativo)

Tabla 4

Media de las Puntuaciones en Calidad de Vida (EORTC-QLQ-30) Pre /Post-Tratamiento.

(...)

Funcionamiento Emocional	52,25	27,139	65,75	28,724	0,027 *
---------------------------------	-------	--------	-------	--------	---------

(...)

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ESTADO ANÍMICO Y CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Patricia Martí Augé^{1,2}, Melissa Mercadal-Brotons³ y Carme Solé Resano²

¹ Fundació Oncolliga, Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica

² Universitat Ramon Llull. FPCEE Blanquerna. Barcelona

³ Escola Superior de Música de Catalunya (ESMUC)

Resumen

Introducción: Las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama pueden continuar experimentando malestar físico y emocional, pese a haber finalizado el tratamiento oncológico activo.

Objetivo: El objetivo de este estudio es explorar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para la mejora del estado anímico y de la calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Método: Once mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia participaron en un programa de musicoterapia. El tratamiento ha consistido en 8 sesiones de musicoterapia de grupo, de frecuencia semanal y con una duración de 90 minutos/sesión. Las participantes completaron a nivel pre/post test la escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), la escala POMS-A (*Profile of Mood States*), el cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC-QLQ-30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30*), así como una Escala de Valoración Numérica (EVN) para el ítem Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico a nivel de pre/post sesión. También se administró un *Cuestionario de Valoración* al finalizar el programa.

Resultados: El tratamiento produjo mejora significativa en el índice de alteración emocional del POMS-A, así como en la subescala Tensión. No se observaron cambios significa-

Abstract

Introduction: Even when the oncologic treatments are completed, breast cancer patients still may experience physical and psychological distress.

Aim: The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of a music therapy treatment on mood and quality of life of breast cancer survivors.

Method: Eleven free-disease women participated in a music therapy program. Treatment consisted of 8 weekly group music therapy sessions, 90 minutes/session. Participants completed the following instruments before and after the intervention (pre/post): HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), POMS-A (*Profile of Mood States*), Quality of Life EORTC-QLQ-30 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30*). A 3 item Numerical Rating Scale (NRS) for Anxiety, Sadness and Physical Distress was administered at the beginning and ending of each session (pre/post session). An *Evaluation Questionnaire* was administered at the end of the program.

Results: The POMS-A results showed a statistical significant improvement in the Total Mood Disturbance Scores and in the Tension Subscale. No significant changes were found in the Anxiety and Depression HADS subscales. Quality of Life only significantly improved

Correspondencia:

Patricia Martí Augé

Fundació Oncolliga. C/ Rector Ubach, 5 - 08021 Barcelona

E-mail: patmarti.mt@gmail.com

tivos en la variable Ansiedad y Depresión del HADS. La calidad de vida mostró un cambio significativo en la subescala Funcionamiento Emocional (EORTC-QLQ-30). Se ha obtenido una mejora significativa en los 3 ítems de la EVN. El Cuestionario de Valoración recoge un alto grado de utilidad y satisfacción de las participantes con esta modalidad de intervención.

Palabras clave: Cáncer de mama, supervivientes, musicoterapia, estado anímico, calidad de vida, tratamiento grupal.

in the Emotional Functioning EORTC Subscale. A significant improvement has been found in the 3 NRS items. The Evaluation Questionnaire shows that participants have perceived this type of intervention as very useful and at a very satisfactory level.

Keywords: Breast cancer, survivor, music therapy, mood, quality of life, group treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye actualmente un problema de salud. En España, es el tumor más frecuente en mujeres, y se diagnostican unos 22.000 casos nuevos al año⁽¹⁾. Gracias a los programas de detección precoz y a los avances diagnósticos y terapéuticos, la tasa de supervivencia ha incrementado notablemente en los últimos 20 años, y se sitúa alrededor del 82,8%. Este incremento de la supervivencia lleva hablar de este cáncer en términos de cronicidad y, muy frecuentemente, de cubrir necesidades y dificultades de tipo físico y psicosocial que no han quedado resueltas todavía. Problemas de adaptación a los cambios físicos, miedo a la recidiva, ansiedad, baja autoestima, aislamiento, malestar psicosocial,... son algunas de las dificultades emocionales más frecuentes que deben afrontar las personas supervivientes de cáncer^(2,3). La literatura señala un riesgo de morbilidad psiquiátrica de los supervivientes para la depresión y ansiedad, con una prevalencia que va del 0 al 58% para la depresión, y del 6 al 23% para la ansiedad⁽⁴⁾. De ahí que recientemente se hayan ido desarrollando algunas iniciativas para abordar estas cuestiones, como el informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer realizado por el Grupo Español de Pacientes con Cáncer⁽⁵⁾, el monográfico

y plan de seguimiento para largos supervivientes de la Sociedad Española de Oncología Médica^(6,7) o también el Cuestionario CESC para medir necesidades no cubiertas del paciente superviviente de cáncer⁽⁸⁾.

Ser una paciente superviviente de cáncer de mama también puede significar que, aunque libre de enfermedad, la mujer siga experimentando la necesidad de hacer frente a una serie de dificultades. Así, las dificultades emocionales más frecuentes suelen ser “el miedo a la recidiva y/o a la muerte, sensación de pérdida de control, aislamiento, problemas de adaptación a los cambios físicos (pérdida de energía, cansancio, infertilidad, ganancia de peso, cambios en los patrones de sueño y alimentación, etc.), malestar psicosocial (ansiedad, depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal), dificultades en las relaciones sexuales, redefinición o cambio de valores, cambios en las relaciones con las personas del entorno (familiares y amigos) y preocupaciones relacionadas con la actividad laboral” (p.276)⁽⁹⁾.

En los últimos años se han ido llevando a cabo en nuestro país interesantes intervenciones psicológicas con este colectivo a fin de paliar algunas de las necesidades físicas, emocionales y sociales, disminuir los niveles de distrés emocional, facilitar la recuperación y adaptación a la vida cotidiana así como mejorar su calidad de

vida⁽⁹⁻¹²⁾. Paralelamente, se han empezado a desarrollar e implementar otras modalidades de intervención provenientes del campo de las terapias creativas como la musicoterapia, el arteterapia o la danza movimiento terapia⁽¹³⁻¹⁶⁾. En este estudio se pretende explorar la eficacia de un tratamiento de musicoterapia para mejorar algunas de estas necesidades de las mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Concepto de Musicoterapia

La musicoterapia es la utilización profesional de la música y de sus elementos, aplicada como tratamiento en el contexto médico, educativo u otros, a fin de optimizar la calidad de vida, y mejorar la salud y el bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual de las personas⁽¹⁷⁾. Puede definirse también como “la utilización sistemática de la música, en un entorno terapéutico, dirigida por un musicoterapeuta profesional, para restaurar, mantener y/o mejorar la salud de las personas. La finalidad es promover cambios deseables en el funcionamiento físico, cognitivo y/o psicosocial de las personas que viven un problema de salud...”⁽¹⁸⁾.

Las aplicaciones de la música en el contexto médico y sanitario han estado presentes desde épocas lejanas y el estudio y aplicación de la música como recurso terapéutico ha ido evolucionando en función de las creencias y costumbres de cada época^(19,20). Hoy en día, la musicoterapia es ya una disciplina científica. La aplicación de la musicoterapia en el campo médico ha ido experimentando un creciente interés desde los años '80 y como consecuencia de los resultados satisfactorios que se han ido obteniendo en diversos estudios e investigaciones^(21,22). El número de estudios científicos sobre los efectos de la música en el tratamiento médico continúa creciendo, y ofrece valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la sa-

lud, así como interesantes implicaciones para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas. Esta disciplina ha mostrado sus efectos beneficiosos en diferentes campos de la salud, siendo el oncológico uno de ellos.

La Musicoterapia en Oncología y Cáncer de Mama

La aplicación y eficacia de la musicoterapia en el contexto oncológico ha sido estudiada y analizada durante los últimos 30 años. Así, la primera descripción de la aplicación de la musicoterapia en cáncer fue realizada por Munro y Mount⁽²³⁾ en el año 1978. Desde entonces, diferentes estudios han ido contribuyendo al conocimiento y difusión del rol de la musicoterapia en este contexto, hecho que ha ayudado a crear un espacio y una función de la musicoterapia en el campo de la oncología y psicooncología. Autores como O'Callaghan y Hiscock⁽²⁴⁾ utilizan el término «Musicoterapia Oncológica» para referirse a intervenciones con musicoterapia dirigidas a enfermos oncológicos de todas las edades, y con diferentes pronósticos de cáncer, y en diferentes momentos de la enfermedad. Magill⁽²⁵⁾ habla de «Musicoterapia Integrativa», una especialidad de la musicoterapia que se contempla dentro de los programas de la Oncología Integrativa, y que “es aplicada para tratar múltiples síntomas como el dolor, trastornos del estado anímico y aspectos de comunicación. La música puede mejorar el dolor y síntomas como el miedo, ansiedad, depresión, frustración y soledad. La musicoterapia reduce los efectos de los estímulos nocivos mientras que eleva el estado anímico y los sentimientos de confort y sensación de control” (p. 79).

De hecho, la literatura muestra cada vez más la importancia de las terapias no farmacológicas y complementarias para controlar el dolor y otros síntomas rela-

cionados con enfermedades crónicas. Dos metanálisis realizados en el contexto de la musicoterapia en medicina, muestran resultados significativos para variables como náuseas, vómitos, estado anímico, dolor y bienestar^(21,22). Diferentes programas han mostrado cómo la musicoterapia oncológica es un coadyuvante efectivo y una intervención terapéutica que –ofreciendo un enfoque multimodal e integral– permite cuidar las necesidades del paciente tanto a nivel fisiológico como psicosocial^(26–34). Los pacientes que participan en un tratamiento de musicoterapia suelen describir la experiencia como positiva, incluyendo una mejora en el estado anímico y bienestar, un aumento de la comunicación familiar, y un aumento de la esperanza y fuerza interior.

Aunque el número de publicaciones sobre musicoterapia en oncología continúa creciendo, pocas son las publicaciones que se pueden encontrar actualmente que vayan exclusivamente dirigidas al cáncer de mama, y todavía menos al cáncer de mama en fase de supervivencia. La mayoría de estudios localizados en la literatura incluyen tratamientos de musicoterapia dirigidos a muestras de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama junto con pacientes con otros tipos de cáncer. Aún y así, determinados artículos sí muestran estudios e intervenciones diseñados para mujeres afectadas de cáncer de mama, y cómo la música puede ofrecer acompañamiento y apoyo durante todo el proceso oncológico a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

En momentos previos al posible diagnóstico, la música puede ayudar a disminuir los niveles de ansiedad durante las mamografías⁽³⁵⁾ o bien durante pruebas tan invasivas como las biopsias⁽³⁶⁾. Durante la fase de *tratamiento* encontramos interesantes intervenciones de musicoterapia para ofrecer apoyo. Así, en el contexto quirúrgico, puede ofrecer soporte emocional y ayudar a controlar síntomas de malestar

postoperatorio como el dolor^(37–39). También acompaña a pacientes oncológicos que reciben quimioterapia^(40–47), y hay autores que han estudiado la influencia de la música específicamente en mujeres con cáncer de mama en el momento en que están recibiendo la quimioterapia^(48,49). También hay algunos estudios que han empezado a valorar la eficacia de la música en pacientes que reciben radioterapia en el hospital^(50–52). Parece ser que la musicoterapia ofrece interesantes beneficios a mujeres que se encuentran recibiendo terapia hormonal⁽⁵³⁾. Una de las grandes intervenciones de esta disciplina se da en el contexto y *fase paliativa*. Hay muchos estudios que analizan la influencia de la música en enfermos oncológicos que reciben cuidados paliativos^(28,54–67). En estos casos, se trata también mayoritariamente de estudios que incorporan sujetos con diferentes diagnósticos oncológicos y no están únicamente centrados en el cáncer de mama.

La Musicoterapia en Mujeres Supervivientes del Cáncer de Mama

Pocas son las publicaciones que hacen referencia a mujeres con cáncer de mama que se encuentran en *fase de supervivencia* de la enfermedad^(14,16,68–70). Hay otros estudios que también describen experiencias en esta fase, si bien en ellas participan personas con diferentes diagnósticos de cáncer, y no exclusivamente cáncer de mama⁽⁷¹⁾ ni especifican cuánto tiempo ha transcurrido desde el fin del tratamiento activo. La finalidad principal de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención de musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama y que se encuentran en fase de intervalo libre de enfermedad.

En situaciones de estrés emocional, la música permite modular el estado de

ánimo y elevarlo. Como ya se ha expuesto anteriormente, algunas publicaciones han descrito los beneficios específicos de la musicoterapia en pacientes con cáncer de mama así como de otros tipos de cáncer en cuanto a la mejora del estado anímico⁽⁷¹⁻⁷⁴⁾. En el contexto de la musicoterapia, éste es un objetivo terapéutico frecuentemente abordado: en un estudio desarrollado por Kruse⁽²⁹⁾ para determinar las tendencias de la práctica clínica de la musicoterapia en el contexto oncológico en EEUU se observó que el 100% de los musicoterapeutas entrevistados tenían como objetivo principal de intervención promover la expresión de sentimientos y emociones. El estado anímico es, pues, una interesante variable a seguir estudiando en el contexto del cáncer y concretamente durante esta fase de supervivencia.

Algunas de las técnicas aplicadas a las sesiones de musicoterapia, que pueden ayudar a elevar el estado de ánimo son: tocar instrumentos musicales, cantar, audiciones, y técnicas de relajación acompañadas de música, entre otras. Técnicas como estas permiten favorecer la expresión emocional, facilitar la focalización de la atención en la música (para distraer así de pensamientos negativos o preocupaciones), aumentar la interacción social y promover estados de relajación. Paralelamente, estas estrategias pueden ayudar a disminuir la ansiedad, la depresión y/o el malestar físico. El enfoque no verbal de la música, juntamente con el procesamiento verbal, puede ser de ayuda para las mujeres que han pasado por una experiencia de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, ya que ofrece oportunidades para expresar aspectos relacionados con la enfermedad, para comunicarse con otras personas que están pasando por una situación similar a la suya, y para desarrollar e integrar en su día a día nuevos recursos de afrontamiento para esta nueva etapa^(14,16).

Los programas diseñados en formato de grupo pueden ayudar a compensar los sentimientos de soledad y conductas de aislamiento, permitiendo la expresión personal y la reflexión conjunta, trabajando habilidades de comunicación y relación con los demás, promoviendo el apoyo mutuo, y contribuyendo así a mejorar el bienestar emocional. Es por esta razón que se ha diseñado una intervención en formato de grupo y aplicando las técnicas y estrategias de musicoterapia comentadas anteriormente.

Las intervenciones realizadas hasta ahora en el campo de la musicoterapia en el entorno médico y sanitario han sido mayoritariamente desarrolladas en países extranjeros. Aún y así, desde hace unos años, se están llevando a cabo en nuestro país interesantes proyectos y estudios de musicoterapia en este entorno y, muy especialmente también, en el contexto oncológico⁽⁷⁶⁾.

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

1. Evaluar si hay una mejora del estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encuentran en fase de supervivencia una vez finalizado el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia (pre/post tratamiento)
2. Evaluar si hay una mejora del estado de ánimo después de cada sesión de musicoterapia (pre/post sesión).

MÉTODO

Muestra

La muestra inicial estaba constituida por un total de 11 pacientes diagnosticados de cáncer de mama que se ajustaban a los siguientes criterios de inclusión: Mujeres adultas (mayores de 18 años),

diagnosticadas de cáncer de mama, que han finalizado el tratamiento oncológico activo (cirugía, quimioterapia, radioterapia, excluyendo tratamiento hormonal adyuvante) al menos en los últimos 3 meses antes de iniciar la primera sesión de musicoterapia, que no hayan recibido previamente un tratamiento de musicoterapia y que hayan dado su consentimiento para participar en este estudio. Fueron excluidas del estudio aquellos sujetos que estaban en tratamiento oncológico activo (y por tanto, recibiendo cirugía, quimioterapia, radioterapia), que tenían antecedentes psiquiátricos graves o que presentaban problemas de hipoacusia moderada o severa. Con respecto a los sujetos participantes, un criterio de inclusión adicional fue el de haber asistido al menos al 50% de las sesiones de musicoterapia. Así, de la muestra inicial, 3 sujetos fueron excluidos del análisis final por presentar un porcentaje inferior de asistencia. Por todo ello, la muestra final incluye un total de 8 sujetos (N=8), todas ellas mujeres, con un rango de edad de 41-76 años (M=56,75, DT=12,71). Con respecto al estado civil, 3 estaban casadas, mientras que 3 eran viudas y 2 estaban solteras. Tres participantes tenían estudios básicos, 3 estudios secundarios y 2 superiores. La tabla 1 recoge los datos sociodemográficos y clínicos más relevantes de esta muestra.

Diseño del proyecto

Se trata de un diseño intrasujeto, de medidas repetidas. La variable independiente es la participación en un grupo de musicoterapia. Las variables dependientes a largo plazo (8 semanas, pre y post-tratamiento) son el estado de ánimo percibido por las participantes y evaluado mediante el POMS-A y el HADS así como la calidad de vida, evaluada mediante el EORTC-QLQ-30. Las variables dependientes a corto plazo (90 minutos de sesión,

pre y post-sesión) incluyen cambios en ansiedad, depresión y malestar físico, evaluados a nivel pre- y post-sesión mediante una Escala de Valoración Numérica de 11 puntos (0-10).

Instrumentos de evaluación

Para evaluar los resultados a largo plazo (8 semanas) se utilizaron los siguientes instrumentos: *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)*⁽⁷⁷⁾, *Escala Profile of Mood States (POMS-A)*⁽⁷⁸⁾, y el *Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ-30)*⁽⁷⁹⁾. Los participantes completaron estos instrumentos antes de iniciar la sesión 1, y después de haber finalizado la 8. Se utilizó una *Escala de Valoración Numérica (EVN)* para medir los resultados a corto plazo (90 minutos) en cuanto a ansiedad, depresión y malestar físico. Además, la musicoterapeuta utilizó una Hoja de Observación y Registro de Conductas (instrumento propio, elaborado *ad hoc*) después de cada sesión a fin de recoger las respuestas de cada participante así como un Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia (instrumento propio, elaborado *ad hoc*).

La *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)*⁽⁷⁷⁾ es una escala ampliamente utilizada en oncología, que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad física en el contexto hospitalario. Tiene un total de 14 ítems, repartidos en dos subescalas de 7 ítems cada una, para medir: Ansiedad y Depresión. Consta de 4 opciones relativas a la frecuencia con la que se da un cierto tipo de respuesta definida como de ansiedad o de depresión, en un marco temporal de los últimos 7 días. Para este estudio se utilizó la versión española, adaptada de Caro e Ibáñez⁽⁸⁰⁾.

Tabla 1. **Características Sociodemográficas y Clínicas de la Muestra Final de Pacientes (N=8)**

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo	
Mujeres	$n = 8$
Edad	41-76 años ($M = 56,75$; $DT = 12,71$)
Estado civil	
Soltera	$n = 2$
Casada	$n = 3$
Viuda	$n = 3$
Número de Hijos	
Sin hijos	$n = 2$
1	$n = 3$
2	$n = 2$
3	$n = 1$
Nivel de Estudios	
Primarios	$n = 3$
Secundarios	$n = 3$
Superiores	$n = 2$
Situación laboral actual	
En activo	$n = 3$
Baja laboral	$n = 2$
Jubilada	$n = 3$
VARIABLES CLÍNICAS	
Diagnóstico	
Cáncer de Mama	$n = 8$
Período de tiempo transcurrido desde el fin del tratamiento activo	
Entre 3 y 6 meses	$n = 1$
Entre 7 y 12 meses	$n = 1$
Entre 13 y 18 meses	$n = 5$
Entre 19 y 24 meses	$n = 1$
Tratamientos previos	
Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia	$n = 7$
Cirugía + Radioterapia	$n = 1$
Tratamiento actual	
Terapia Hormonal	$n = 5$
Ninguno	$n = 3$

La *Escala Profile Moods States (POMS)*⁽⁷⁸⁾ consta de 58 ítems que permite evaluar el estado de ánimo. Para este estudio, con

el objetivo de facilitar su aplicación a las pacientes, se utilizó la versión reducida (POMS-A) de 15 ítems elaborada por Fuen-

tes, García-Merita, Melià y Balaguer⁽⁸¹⁾. Se trata de un auto-informe que incluye 4 escalas de afectos negativos, Tensión, Depresión, Cólera y Fatiga, y una escala de afecto positivo, Vigor. Consta de 15 ítems, que son adjetivos sobre diferentes estados afectivos de los que el paciente ha de graduar la intensidad de cada uno de ellos según los haya sentido durante los últimos 7 días, y en un formato de escala Likert de 5 puntos. También ha sido frecuentemente utilizada en el campo de la oncología así como de la musicoterapia.

El cuestionario de Calidad de Vida de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Core Questionnaire-30* (EORTC-QLQ-30), de Aaronson et al.⁽⁷⁹⁾ es un instrumento para evaluar de manera específica la calidad de vida en sus diferentes dimensiones en pacientes con cáncer. Consta de 30 ítems, 28 de ellos con 4 alternativas de respuesta y 2 de ellos con 7 alternativas (donde 1 es pésima y 7 excelente), y el marco temporal se refiere a la semana previa. Está compuesto de 3 escalas: Estatus de Salud Global, Escalas Funcionales, y Escala de Síntomas. Para este estudio se ha utilizado la versión española de Arrarás, Illarramendi y Valerdi⁽⁸²⁾, y se han utilizado la Escala Global y las 5 Escalas de Funcionamiento. Si bien existe un módulo específico que complementa el cuestionario y va dirigido a pacientes con cáncer de mama (EORTC-BR23) se desestimó su administración por una razón práctica, ya que en este estudio el test se rellena en el mismo momento antes de iniciar la sesión y requeriría alargar aún más el tiempo de administración de los test, cuando las dificultades de concentración todavía suelen ser un síntoma frecuente en pacientes que han terminado el oncológico activo, y por una razón de respeto a las pacientes, a fin de no resultar demasiado invasivos con preguntas y cuestiones de carácter muy íntimo. Es un test habitualmente utilizado en el campo de la musicoterapia.

La *Escala de Valoración Numérica* (EVN) es una escala empleada habitualmente en el contexto hospitalario como un instrumento rápido y sencillo de *screening*, que tiene como objetivo evaluar la intensidad de un síntoma. En este estudio se utilizó una ENV de 11 puntos (0-10), en la que se presenta una línea recta horizontal numerada de 0 a 10, en cuyos extremos se representa la polarización de la intensidad del síntoma (donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 el síntoma a un nivel máximo e insoportable). Se han presentado 3 EVN para los 3 ítems elegidos: Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico, y se pide a los participantes que las completen al inicio y final de cada sesión. Las EVN miden el cambio tras 90 minutos de haber participado una sesión de musicoterapia.

Para evaluar el estado anímico, además de estos tests estandarizados, se utilizó también una Hoja de Observación y Registro de Conductas (instrumento propio – elaborado ad hoc) después de cada sesión a fin de recoger las respuestas/información de cada participante en cuanto a los siguientes aspectos: a) expresión emocional, b) atención-participación en la tarea musical, c) interacción-comunicación social, y d) asistencia a la sesión.

Una vez finalizado el programa, se pidió a las participantes que rellenaran también un *Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia* (instrumento propio, elaborado ad hoc), de manera anónima, para proporcionar feedback e información sobre sus experiencias en las sesiones de musicoterapia.

Procedimiento

El proyecto de este estudio fue inicialmente presentado al Comité de Patología Mamaria del Hospital del Mar - Parc de Salut Mar de Barcelona a fin de dar a conocer los objetivos y metodología del mismo. Una vez recibida su aprobación, se

procedió a coordinar el proyecto con la enfermera gestora de casos de Cáncer de Mama, quien se ocupó de reclutar a las pacientes para este estudio. Aquellas que cumplían con los criterios de inclusión fueron derivadas al programa de tratamiento con musicoterapia. Las participantes leyeron una Hoja de Información del Estudio y firmaron el documento de Consentimiento Informado antes de empezar a participar en musicoterapia.

Antes de empezar el tratamiento (antes de la sesión 1), se procedió a la administración de los instrumentos de evaluación (HADS, POMS-A y EORTC-QLQ-30). Además, antes de iniciar cada una de las 8 sesiones y después de finalizar las mismas, se solicitaba a cada participante que rellenase la Escala de Valoración Numérica para cada uno de los 3 ítems. Después de cada sesión, la musicoterapeuta cumplimentaba, para cada paciente, la Hoja de Observación y Registro de Conductas observadas en la sesión. Una vez finalizado el tratamiento, se volvieron a aplicar los mismos instrumentos de evaluación, juntamente con el Cuestionario de Valoración de la Experiencia de Musicoterapia.

Semanalmente, se implementaba una sesión de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración, en una de las salas del hospital adjudicada temporalmente para este proyecto.

Sesiones de Musicoterapia

Los objetivos terapéuticos del programa de musicoterapia iban dirigidos a cubrir el área emocional y social-interactiva a fin de mejorar el estado de ánimo de las participantes. Otros objetivos adicionales se dirigían a las áreas cognitiva y física. Todas las sesiones fueron dirigidas por la misma musicoterapeuta profesional, especializada a su vez en psicooncología. El programa de musicoterapia se basa en una orientación cognitivo-conductual

principalmente, si bien recoge también algunos aspectos de otras orientaciones.

La intervención de musicoterapia consistió en la aplicación de diferentes técnicas y actividades musicales, siempre diseñadas e implementadas para trabajar los objetivos terapéuticos dirigidos a favorecer la expresión y ventilación emocional, canalizar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal mediante la música, facilitar estados de relajación y distracción así como promover la interacción grupal. En el contexto oncológico, en el que las pacientes, pese a haber finalizado los tratamientos deben convivir con incertidumbre con respecto a su estado de salud, es recomendable ofrecer un espacio de musicoterapia estructurado, que aporte seguridad y predictibilidad. Es por esto que este programa sigue la misma estructura en cada sesión: se inicia con una actividad de apertura, se va desarrollando mediante la implementación de diferentes técnicas y actividades relacionadas con el tema a abordar en cada sesión, y finaliza con una actividad de cierre. Se combinaron técnicas de carácter activo (tales como cantar canciones, análisis lírico, tocar instrumentos musicales, improvisación instrumental, música y movimiento) con otras de tipo pasivo-receptivo (como son la relajación acompañada de música y las audiciones musicales).

Aspectos éticos

El proyecto de estudio recibió la aprobación del Comité de Patología Mamaria del Hospital del Mar – Parc de Salut Mar. Las pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron informadas del proyecto. Aquellas que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, en el que se especificó el carácter voluntario de la participación en este estudio, la posibilidad de abandonar la investigación en cualquier momento sin ningún

impedimento por parte de los investigadores, así como la utilización de sus datos de manera anónima y confidencial. El primer día de sesión, la musicoterapeuta enfatizó la importancia de que todas las participantes se comprometieran a respetar y preservar la confidencialidad de los aspectos abordados durante la sesión ya fuera con respecto a sí mismas o de las otras compañeras del grupo. Un aspecto importante, es el hecho de que una vez acabado el taller, las participantes hayan podido integrar alguno de los diferentes recursos de apoyo y acompañamiento que la música puede ofrecerles. El objetivo es que las pacientes puedan continuar utilizando y apoyándose en la música y experiencias musicales en su día a día como un recurso personal más de apoyo, y facilitar oportunidades para desarrollar un mayor grado de autonomía y autocontrol emocional. Además, se pretendía también generar nuevas redes sociales entre pacientes que están pasando por la misma enfermedad.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21. Se consideró estadísticamente significativa aquella diferencia con un nivel de significación de $p < 0,05$.)

RESULTADOS

Destacamos, en primer lugar, el elevado porcentaje de asistencia de las participantes a las sesiones: Cinco de las 8 pacientes han asistido al 100% de las sesiones (8 sesiones), 2 pacientes han asistido al 87,50% de las sesiones (7 sesiones) y 1 de ellas ha asistido al 75% de las sesiones (6 sesiones). Mostramos a continuación los resultados obtenidos en relación a cada una de las variables estudiadas.

a) Resultados pre/post tratamiento

– Estado de Ánimo

Se analizaron las diferencias halladas entre las medias de las puntuaciones pre/post tratamiento en cuanto a los niveles de Ansiedad y Depresión de la escala HADS y no muestran diferencias significativas. Como puede observarse en la tabla 2, las puntuaciones de Depresión del total de la muestra, no entran dentro del rango clínico depresión clínica (0-7) ni antes ni después del tratamiento. Con respecto a las puntuaciones de Ansiedad obtenidas antes del tratamiento, éstas se ubican dentro del rango calificado como caso clínico dudoso, y disminuyen después del tratamiento, pasando a considerarse caso normal, sin problema clínico.

Por otro lado, las medias de las puntuaciones de la Escala POMS-A muestran un cambio estadísticamente significativo en el Índice de Alteración Emocional antes y después del tratamiento. Todas las subescalas muestran una disminución de las puntuaciones al finalizar el tratamiento; no obstante, la subescala Tensión es la única que disminuye significativamente ($p < 0,05$). Por otro lado, en el caso de la subescala Vigor, esta disminución representa un “empeoramiento” del síntoma dado que, a diferencia de las otras cuatro, se trata de una variable positiva. La tabla 3 recoge las medias de las puntuaciones de este Índice.

– Calidad de Vida:

Para el análisis de la Calidad de Vida en este estudio se han utilizado las 6 dimensiones principales del cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC-QLQ-30: la Escala de Calidad de Vida Global y las 5 Escalas de Funcionamiento. No se han administrado las 3 Escalas de Síntomas. Los resultados no muestran cambios significativos (ver la tabla 4).

Tabla 2. **Media de las puntuaciones en Ansiedad y Depresión (HADS) Pre / Post-Tratamiento**

HADS	Pre Tratamiento		Post Tratamiento		
Subescala	Media	DT	Media	DT	p
Ansiedad	8,75	6,319	7,63	4,069	0,500
Depresión	5,75	4,464	5,63	3,292	0,526

HADS: Escala de Ansiedad Hospitalaria.

Tabla 3. **Media de las puntuaciones en Índice Alteración Emocional y Subescalas (POMS-A) Pre / Post-Tratamiento**

POMS-A	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento		
Subescala	Media	DT	Media	DT	p
Índice Alteración Emocional	24,38	13,469	17,63	6,948	,028*
Tensión	5,13	3,137	3,00	2,268	,041*
Fatiga	4,00	3,381	1,50	1,604	,058
Depresión	5,25	4,062	4,25	2,964	,129
Cólera	4,00	2,726	2,25	1,488	,088
Vigor	6,00	2,619	5,38	2,973	,892

POMS-A: Escala *Profile of Humor States*.

* Diferencia significativa ($p < 0,05$)

Tabla 4. **Media de las Puntuaciones en Calidad de Vida (EORTC-QLQ-30) Pre / Post-Tratamiento**

EORTC	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento		
Subescala	Media	DT	Media	DT	p
Calidad de Vida Global	80,13	22,95	80,00	19,27	0,888
Funcionamiento Físico	77,00	16,239	71,38	22,627	0,246
Funcionamiento de Rol	69,00	22,860	71,13	30,624	1,000
Funcionamiento Emocional	52,25	27,139	65,75	28,724	0,027
Funcionamiento Cognitivo	64,75	24,575	67,00	18,174	0,581
Funcionamiento Social	73,13	23,607	75,25	19,962	0,581

EORTC: Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC-QLQ-30.

b) Resultados pre/post sesión

Para evaluar los cambios en el estado de ánimo pre-post sesión, se llevó a cabo la prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas. El análisis del efecto global de la intervención, que compara para cada ítem la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel pre-sesión con la media global de todas las puntuaciones medias de EVN a nivel post-sesión, muestra un efecto significativo de la intervención en cuanto a disminución de los niveles de Ansiedad Global, Tristeza Global y Malestar Físico Global antes y después de la sesión. Si bien el grado de asistencia ha sido muy elevado, en este análisis han sido incluidos únicamente aquellos 5 sujetos que han asistido a la totalidad de las sesiones (8) y no se han incluido a 3 participantes que han faltado a 1 o 2 sesiones únicamente). La tabla 5 recoge estos resultados.

Por otro lado, si analizamos el efecto de la intervención en cada sesión, los resultados muestran una disminución significativa de los niveles de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico para la mayoría de las sesiones. Los niveles de Ansiedad disminuyeron en todas las sesiones, los de Malestar Físico en todas excepto en la sesión nº 5, y los de Tristeza se disminuyeron únicamente en la mitad de las sesiones (sesión nº 4, 5, 7 y 8). La tabla 6 muestra los descriptivos así como la prueba de Wilcoxon y su grado de significancia para cada uno de estos 3 ítems y especifica el número de participantes asistentes a cada sesión.

c) Resultados Cuestionario de Valoración

El Cuestionario de Valoración del Programa de Musicoterapia, elaborado *ad hoc*, ha permitido explorar varios aspectos. Con respecto a la percepción de la mejora del estado anímico para cada

una de las sesiones se han obtenido los siguientes resultados: Seis de las participantes expresan que este programa les ha ayudado a mejorar "Mucho", mientras que 2 de ellas consideran que han mejorado "Bastante". En cuanto a la mejora del estado anímico en su día a día (y, por tanto, en situaciones y momentos fuera de la sesión), ésta se produce tanto con respecto a la ansiedad como a la tristeza: la mayoría de participantes (n=6) sostienen que les ha ayudado "Bastante" a disminuir sus estados de tristeza, mientras que 1 de ellas considera que "Mucho" y otra que "Un poco". La ayuda para mejorar los estados de ansiedad en el día a día ha sido percibida como "Bastante" (n=4), "Mucho" (n=3) y "Un poco" (n=1).

Además, a través de este cuestionario ha sido posible recoger otros aspectos del programa de musicoterapia que pueden haber contribuido a esta mejora del estado de ánimo. Uno de ellos tiene que ver con la expresión de emociones y sentimientos: Las puntuaciones revelan que la mayoría de personas (n=7) consideran que este programa les ha ayudado "Mucho" a expresar emociones y sentimientos, mientras que para una de ellas esta ayuda ha contribuido en sólo "Un poco". Hablar de la enfermedad ha sido un aspecto abordado en las sesiones que puede haber contribuido también a esta expresión y ventilación emocional. Las participantes consideran que esta experiencia les ha dado la oportunidad de hablar "Bastante" (n=5), "Mucho" (n=2) y "Un poco" (n=1). Por otro lado, según las respuestas de las participantes, el programa les ha permitido además, distraerse y evadirse de las cosas que les preocupan "Mucho" (n=5) y "Bastante" (n=3) así como relajarse y soltar tensiones "Mucho" (n=6) y "Bastante" (n=2). Finalmente destacar que el formato grupal del programa ha contribuido a la socialización, aspecto que ha quedado también recogido en el Cuestionario de

Tabla 5. **Descriptivos y Prueba de Wilcoxon para EVN Global de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico Pre/Post Sesión (N=5)**

EVN Global Sesiones	Ansiedad			Tristeza			Malestar Físico		
	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P
Sesión 1 a 8	2,72 (1,587)	1,32 (1,418)	,042*	2,40 (1,534)	1,17 (1,133)	,042*	2,87 (1,697)	1,70 (1,480)	,039*

* Diferencia significativa ($p < 0,05$).Tabla 6. **Descriptivos y Prueba de Wilcoxon para EVN de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico Pre/Post Sesión**

EVN por sesiones	Ansiedad			Tristeza			Malestar Físico		
	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P	Pre-M (DT)	Post-M (DT)	P
Sesión 1 (N=6)	3,00 (2,000)	1,67 (1,633)	,038*	3,17 (1,835)	1,83 (1,941)	,071	4,00 (1,414)	2,00 (1,265)	,042*
Sesión 2 (N=8)	3,38 (2,973)	1,25 (1,832)	,017*	2,50 (3,024)	0,75 (1,165)	,066	3,75 (3,370)	1,75 (1,982)	,041*
Sesión 3 (N=7)	1,71 (1,604)	0,86 (1,215)	,034*	1,86 (2,035)	1,00 (1,414)	,063	2,14 (1,773)	1,14 (1,676)	,038*
Sesión 4 (N=8)	2,13 (1,458)	0,63 (1,061)	,026*	1,88 (1,642)	0,63 (1,061)	,041*	3,00 (3,071)	1,88 (2,100)	,038*
Sesión 5 (N=8)	2,13 (1,356)	0,88 (1,727)	,040*	1,75 (1,488)	0,63 (1,408)	,038*	2,50 (2,390)	1,50 (1,773)	,066
Sesión 6 (N=8)	2,75 (2,493)	1,13 (1,553)	,027*	1,75 (2,315)	0,63 (1,188)	,066	3,25 (2,816)	1,88 (2,232)	,016*
Sesión 7 (N=8)	1,50 (1,604)	0,38 (,518)	,041*	1,63 (1,188)	0,50 (0,535)	,034*	2,13 (1,808)	1,00 (1,195)	,041*
Sesión 8 (N=8)	1,75 (1,035)	0,75 (1,035)	,020*	1,50 (1,414)	0,63 (0,916)	,038*	2,00 (1,309)	1,00 (1,069)	,023*

* Diferencia significativa ($p < 0,05$).

Valoración, con unas puntuaciones que reflejan un alto grado de ayuda de este programa con respecto a relacionarse y hablar con las compañeras del grupo: Siete participantes la puntúan como “Mucho” y una como “Bastante”.

Este cuestionario muestra una total unanimidad en cuanto a recomendar esta

experiencia a otras participantes (“Mucho”, $n=8$) y un alto grado de utilidad del mismo: (“Mucho”, $n=6$ y “Bastante”, $n=2$).

DISCUSIÓN

Cuidar las necesidades de las mujeres supervivientes de un cáncer de mama es

un reto importante en la actualidad. El desarrollo de diferentes modalidades terapéuticas a nivel psicosocial permitirán contribuir a una mejora de su malestar emocional y de su calidad de vida, entre otros aspectos. El objetivo de este estudio se ha centrado en explorar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para mejorar el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres que se encuentran en fase de supervivencia de un cáncer de mama.

Tras el análisis de datos de nuestro estudio, y con respecto a la variable estado de ánimo a nivel de post-tratamiento, vemos como el programa de musicoterapia ha tenido una influencia interesante. Los resultados del HADS reflejan una disminución en las puntuaciones de sintomatología ansioso-depresiva, aunque sin llegar a ser significativas. Tal y como se ha comentado ya en el apartado de Resultados, una posible explicación es que la media de las puntuaciones a nivel pre-tratamiento de la variable Depresión se sitúan en un rango de normalidad, de no patología clínica, y disminuye un poco tras el tratamiento. Con respecto a la variable Ansiedad, la media de las puntuaciones pre-tratamiento se sitúan ligeramente dentro del rango de caso clínico dudoso. Si analizamos los datos a nivel individual, observamos que hay 4 sujetos que presentan problemas clínicos a nivel pre-tratamiento en cuanto a Ansiedad, y que a nivel post-tratamiento disminuyen a un nivel de normalidad en 1 caso, en 2 casos se sitúa en el rango de caso clínico dudoso, y en otro de ellos, si bien se reduce también, se mantiene dentro del rango de caso con problema clínico. Con respecto al análisis individual de la variable Depresión, se detectan únicamente 2 casos clínicos, que disminuyen en el post-tratamiento, uno de ellos se sitúa como caso dudoso y el otro se mantiene como caso con problema clínico. La muestra de este estudio presenta unos niveles de dis-

trés emocional (ansiedad y depresión) más bien bajos; los resultados del HADS son consistentes con algunas de las evidencias que constatan que aquellos pacientes con niveles altos de ansiedad o distrés responden más favorablemente a la musicoterapia que aquellos con niveles más bajos⁽⁵¹⁾, y en nuestro caso, no parece haber pues tanta presencia de sintomatología a la que tratar con una intervención.

El POMS-A refleja una disminución significativa en el Índice de Alteración Emocional. Cabe decir que de los 8 sujetos, 5 se sitúan a nivel pre-tratamiento en puntuaciones bajas, mostrando poco malestar emocional, siendo 3 las que se sitúan en puntuaciones medias de este índice. Al final del tratamiento (post-) se puede observar que todos los sujetos muestran unas puntuaciones bajas y solo uno de ellos se mantiene en rangos medios, pese a haber reducido igualmente su malestar emocional. Este resultado es consistente con estudios previos de musicoterapia en cáncer, en el que se observa una mejora significativa en el estado de ánimo como resultado de participar en sesiones de musicoterapia^(73,83). El análisis de las subescalas de este instrumento nos muestra como la subescala Tensión disminuye significativamente, mientras que las subescalas Fatiga, Depresión, Cólera y Vigor, si bien también disminuyen tras finalizar el tratamiento, no lo hacen de manera significativa. No obstante, y con respecto a la subescala Vigor, cabe señalar que ésta es una variable positiva dentro del POMS-A, y que su disminución no representaría precisamente una mejora en el estado anímico de estas participantes y por tanto no lleva a un cambio en la dirección deseada. Por otra parte, y en el caso de esta escala, podemos decir que la tendencia de las puntuaciones obtenidas en cada subescala va en la línea de los resultados de la revisión Cochrane de Bradt, Dileo, Grocke & Magill⁽⁸⁴⁾ en el contexto oncológico que sugieren que la

variable depresión o fatiga no responde de manera tan clara ante las intervenciones con musicoterapia, como sí lo hace la ansiedad (Tensión) de los pacientes con cáncer. Por otro lado, y tal y como señaló Waldon⁽⁸³⁾ en su estudio hemos de tener en cuenta que los estados de ánimo son fluctuantes por naturaleza, y el POMS-A es un instrumento sensitivo a las manifestaciones anímicas concurrentes.

En relación a la variable Calidad de Vida, los resultados no muestran cambios significativos para la Escala Calidad de Vida Global de la EORTC-QLQ-30. De las 5 Subescalas de Funcionamiento, únicamente se ha obtenido un cambio estadísticamente significativo en la subescala de Funcionamiento Emocional. La dimensión emocional es un aspecto en el que se ha incidido especialmente en este programa de musicoterapia, y podría haber conducido a esta mejora funcional. No obstante, hemos de ser cautos al respecto, dado que somos conscientes de que a lo largo de estos 2 meses de tratamiento y durante cada semana, han podido confluír otras variables no controladas que promuevan esta mejora. Se desestimó aplicar la Escala de Síntomas Físicos por el hecho de que este estudio va directamente dirigido a trabajar el estado anímico y porque los estudios clínicos en cáncer muestran un mayor impacto en aquellas variables que hacen referencia a respuestas emocionales que en las de síntomas físicos. Otra razón importante para esta decisión ha sido, además, la de reducir el tiempo de administración de la batería de tests pre/post tratamiento a las participantes.

Los resultados que la revisión Cochrane recoge para la variable calidad de vida muestran una mejora en ésta, si bien sin diferencias significativas⁽⁸⁴⁾. Esto puede explicarse por el hecho de que frecuentemente, la calidad de vida es una variable que viene asociada a otras, ya sean relacionadas con aspectos físicos (dolor, relajación, tensión,

etc.) o psicológicos (ansiedad, tristeza,... etc.). El estrés y la ansiedad pueden disminuir y el estado de ánimo y la calidad de vida mejorar, como resultado de intervenciones con musicoterapia activa o receptiva. Se puede observar, por tanto, que las intervenciones musicoterapéuticas tienen una influencia en los procesos psicológicos que a su vez afectan y son afectados por procesos físicos y sociales⁽⁸⁵⁾. En esta línea consideramos adecuado comentar que el Cuestionario de Valoración del programa ha recogido algunas de descripciones de la experiencia vivida en este programa que creemos que podrían ir relacionadas con lo que sería una mejora en su calidad de vida. Recogemos seguidamente algunas de estas vivencias: *"Esta experiencia me ha aportado tranquilidad, confianza y mucha paz..."*, *"Un espacio para compartir y para cuidarse."*, *"Gratificante, divertida y, sobre todo, saludable."*, *"Ha sido una experiencia positiva, muy positiva..."*, *"Enriquecedora."*, *"Muy buena."*, *"A mi me ha hecho mucho bien y lo encontraré a faltar. Para mí todo ha sido perfecto."*, *"Este taller ha sido estupendo, desde la terapeuta hasta mis compañeras."*

Por otro lado, este estudio ha tratado de ver también el efecto de este tratamiento de musicoterapia en el estado de ánimo de las participantes a nivel de post-sesión a través de la EVN, de forma que si observamos los resultados de las puntuaciones medias de los ítems de Ansiedad, Tristeza y Malestar Físico de manera global (sesión 1 a 8 de manera compactada), estos muestran una significación para los 3 ítems, lo que nos lleva a afirmar que esta intervención ha resultado efectiva para disminuir la percepción del malestar emocional y físico de las participantes. Esta disminución se puede observar también en el análisis por separado de cada sesión: después de cada sesión se ha producido siempre una disminución en las puntuaciones de las EVN. Destaca el hecho de que todas las sesiones

han resultado ser efectivas para reducir los niveles de malestar emocional en cuanto a Ansiedad y Tristeza. Las técnicas de expresión emocional y comunicación, como son el análisis lírico de canciones, la composición musical, así como las audiciones musicales y cantar canciones, han permitido expresar emociones y sentimientos a nivel verbal y no verbal, y canalizarlos a través de experiencias musicales. Esta capacidad de la musicoterapia para disminuir el malestar emocional y mejorar el estado anímico ha mostrado una disminución significativa de la Ansiedad en las 8 sesiones que configuran el programa y, si bien la disminución de los niveles de Tristeza se ha dado en todas ellas, ésta solo se ha producido significativamente en la mitad (sesión 4, 5, 7 y 8). Una posible explicación al respecto podría ser el hecho de que los niveles de tristeza iniciales, con los que llegan las participantes a la sesión, no son excesivamente altos, y se sitúan algo más por debajo que los niveles iniciales de malestar físico o incluso ansiedad. Paralelamente, y como hemos comentado anteriormente, existe evidencia de que la variable Depresión (y por extensión, la Tristeza) no suele ser tan sensible a este tipo de intervenciones. La persistencia de las secuelas físicas en pacientes supervivientes de cáncer de mama es un hecho. Al tratarse de pacientes que han pasado por una experiencia de tratamientos oncológicos, se decidió incluir el ítem Malestar Físico en este estudio y considerarla como una variable que, si bien no incide de manera directa con el estado de ánimo, sí que puede modularlo e influenciarlo⁽⁸⁵⁻⁸⁸⁾. Se ha reducido este tipo de malestar en todas las sesiones, y esta disminución ha resultado ser significativa en 7 de las 8 sesiones que configuran el programa.

Así pues, y en lo que respecta a la batería de tests estandarizados que han sido administrados en este estudio así como a la EVN, podemos ver cómo, a excepción

del HADS, todos ellos presentan resultados similares para las variables Ansiedad y Tensión así como para la variable Depresión y Tristeza. Ello nos permite hablar de una mejora emocional y, por tanto, una mejora del estado anímico de estas participantes del programa de musicoterapia.

Es interesante destacar el alto grado de utilidad de este programa que ha percibido cada asistente y que ha reflejado en su Cuestionario de Valoración. Creemos que estas EVN que las participantes se auto-administran antes y después de cada sesión, les ofrece una oportunidad de conectar consigo mismas, de observar el propio estado emocional y físico de ese momento, y de tomar consciencia de los cambios que se puedan producir al finalizar la sesión. Ello muy probablemente les haya podido ayudar a darse cuenta de que implicarse activamente en algo puede mejorar su *insight*, aumentar su sensación de control, y tomar decisiones orientadas hacia el cuidado de sí mismas. Ello nos lleva a confirmar, una vez más, la importancia de incorporar programas y tratamientos que tengan en cuenta las necesidades de este colectivo, y que permitan mostrarles nuevos recursos que puedan resultar útiles en su camino de recuperación y readaptación a la "vida normal" con los retos que les demanda su día a día.

Otro aspecto observado a lo largo del programa ha sido el alto grado de asistencia y participación de los sujetos. La adherencia al tratamiento de musicoterapia y, por tanto, la asistencia continuada a las sesiones por parte de este grupo de pacientes en fase de supervivencia contrasta con el alto grado de ausencias y/o abandono que se suelen dar en aquellos estudios que cuentan con pacientes oncológicos que están en tratamiento activo y que no pueden asistir de manera regular o incluso llegan a abandonar, ya sea por la progresión de la enfermedad, empeoramiento de síntomas y limitaciones, hospitalización,

solapamiento con otras pruebas o visitas médicas, etc.^(46,49,89,90). Con respecto a la participación, si bien en los momentos iniciales de la intervención, los participantes de un grupo de musicoterapia pueden mostrar cierta reticencia e inseguridad ante propuestas musicoterapéuticas más interactivas y de mayor grado de implicación y participación, estas experiencias pueden acabar resultando agradables, terapéuticas y beneficiosas. Así ha sucedido en este grupo. Para ello es importante la presencia de un musicoterapeuta profesional, especializado no solo para adaptar la música y experiencias musicales al perfil de pacientes a los que se dirige, sino también para ayudar a canalizar, expresar y reconducir adecuadamente aquellas respuestas de cada participante y del grupo. Tal y como se recomienda en la revisión Cochrane, este programa ha utilizado no solo técnicas pasivo-receptivas sino también técnicas activas a fin de poder trabajar adecuadamente las necesidades del paciente oncológico y los correspondientes objetivos terapéuticos⁽⁸⁴⁾. Es de suma importancia ofrecer una variedad de técnicas y actividades, dado que las respuestas individuales a la música son diferentes según cada persona, y porque así se ofrecen nuevas y diferentes vías de exploración y utilización de la música de manera terapéutica en el día a día. En este grupo, las técnicas que han tenido mejor acogida, y de manera unánime, han sido la técnica de análisis lírico y tocar instrumentos de percusión. Algo por debajo, aunque también bien recibidas también han sido las técnicas de cantar canciones con las compañeras y practicar ejercicios de relajación acompañados de música. Analizar las letras de canciones con un mensaje significativo ha permitido explorar ciertas cuestiones y reflexionar sobre la propia manera de pensar, sentir y actuar, y observar otras estrategias y maneras de afrontamiento de las compañeras que pueden ser diferen-

tes. Las distintas actividades de relajación aplicadas han generado un espacio más personal e íntimo durante las sesiones, en el que se favorece más el contacto con uno mismo, pese a estar en contexto grupal. En cada sesión se han trabajado estrategias de relajación acompañada con música a fin de reducir la posible tensión muscular o dolor que presentaran las participantes. Paralelamente, otra manera de promover estados de distensión ha sido precisamente con técnicas de carácter activo, tales como tocar instrumentos musicales de pequeña percusión que han requerido la focalización en la tarea musical así como de sincronización de movimientos con la música, técnicas que han ofrecido una estrategia de canalización y liberación de este malestar físico, así como una posible distracción del mismo. Además, las actividades de tocar instrumentos o cantar en grupo permiten crear un espacio de mayor complicidad y sincronización entre las participantes, de comunicación a nivel no verbal, hecho que ayuda también a la cohesión del grupo^(14,16,68,83,90).

Somos conscientes de que una de las limitaciones de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra. Sabemos que esto sucede frecuentemente en estudios realizados en el campo de la musicoterapia oncológica. Queremos matizar, no obstante, que se trata de un programa enmarcado como proyecto piloto en ese hospital, y que permite obtener unos resultados preliminares sobre los que tomar decisiones posteriores a nivel de adaptaciones, cambios, e incluso seguimiento y continuidad del mismo. Además del tamaño pequeño de la muestra, este estudio no ha contado con una muestra aleatorizada, carece de grupo control. Presenta, además, también problemas de heterogeneidad de la muestra, que pueden ser atribuidos al proceso de derivación y a unos criterios de inclusión demasiado amplios. En cuanto a las variables clínicas, el periodo de tiem-

po transcurrido desde el fin de tratamiento activo es demasiado amplio, y debería acotarse más, dado que el estado y necesidades de una paciente que se encuentra a 3 meses de haber finalizado el tratamiento activo puede ser muy distinto del estado y necesidades de otra que hace 18 o 24 meses que han acabado. Unificar la muestra con respecto a la variable tratamiento con terapia hormonal ayudaría a controlar mejor el efecto que este tratamiento suele tener a nivel físico y psicológico, y a abordar o no estos aspectos en la sesión. De cara a futuros estudios, también conviene reflexionar y considerar la posibilidad de establecer como criterio de inclusión a aquellos sujetos que presentan un mayor grado de malestar emocional en cuanto a nivel de ansiedad y depresión, por las razones expuestas anteriormente. Con respecto a ajustes en aspectos relacionados con las variables sociodemográficas, creemos que se debería homogeneizar todavía más la muestra especialmente en cuanto a edad y situación laboral. En nuestro estudio hay mucha diversidad en cuanto al rango de edad y situación laboral, entre otros, con las consecuentes realidades que ello comporta (tener hijos o no, tener pareja o ser viuda, estar trabajando o de baja vs. estar jubilada...). Un grupo más homogéneo en cuanto a estas variables permitiría abordar determinadas cuestiones y preocupaciones en la sesión de una manera más directa y adaptada a las necesidades de cada participante, como serían cambios en la dinámica familiar, alteraciones sexuales, dificultades para reincorporarse a la vida laboral, cambios en estilo de vida, dependencia, comunicación y relaciones sociales, etc.

Pese a estas limitaciones, nos parece importante atribuir buena parte de ellas al hecho de que se trata de un estudio en el marco de una experiencia inicial y piloto, que ha permitido aplicar esta modalidad de tratamiento, explorar los beneficios del mismo así como detectar aquellos puntos

a mejorar y a ajustar. Como punto fuerte e interesante de esta experiencia, podemos decir que ha incluido la figura de un musicoterapeuta profesional, hecho que ha permitido diseñar y adaptar las intervenciones al perfil y necesidades de las participantes, ha contemplado las preferencias musicales de cada una de ellas, y ha incorporado técnicas de musicoterapia de tipo activo y receptivo, en un formato de grupo que ha ayudado a abordar aspectos sociales y relacionales de las participantes. Además, si revisamos las experiencias realizadas con pacientes oncológicos, muchas de ellas se basan en intervenciones de una sesión o dos; pocas de ellas ofrecen una continuidad de 8 sesiones semanales de 90 minutos de duración. El efecto de la intervención de musicoterapia ha sido cuidado mediante el criterio de únicamente incluir en el estudio a aquellos sujetos que hayan asistido al menos al 50% de las sesiones; este es un aspecto que no queda clara ni suficientemente recogido en los estudios de musicoterapia realizados en este campo. Un aspecto interesante también es el haber podido implementar el tratamiento en el propio hospital de referencia de las pacientes y ofrecer a las participantes una experiencia no invasiva, agradable y gratificante, en un entorno que hasta la fecha ellas consideraban duro, hostil e invasivo. Finalmente destacar el hecho de haber centrado en esta fase de supervivencia. Por dos razones importantes: la primera el hecho de que el carácter crónico del cáncer está llevando a nuestra sociedad a nuevas necesidades y retos de atención al paciente superviviente de cáncer. Esto significa la posibilidad de incluir modalidades de intervención desde las terapias complementarias. La segunda razón, es la de poder contribuir con este estudio con nueva información al bagaje teórico y clínico del campo de la psicooncología y de la musicoterapia, dos disciplinas que actualmente disponen de pocos estudios realizados con personas en fase de supervivencia.

CONCLUSIONES

El incremento actual de la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama está derivando en una emergente necesidad de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas e incorporar aquellas modalidades de intervención que permitan dar respuesta de una manera global a las diferentes dificultades que conlleva ser una mujer superviviente de un cáncer de mama. Los resultados de este estudio sugieren que la musicoterapia puede producir un cambio positivo en el estado de ánimo de este perfil de participantes, no sólo en cuanto a disminuir su malestar emocional durante la sesión, sino también a lo largo del tratamiento. La variable calidad de vida, si bien no ha reflejado un gran cambio, sí que muestra un cambio significativo en su dimensión emocional. Es necesario seguir investigando en el campo de la musicoterapia y de la psicooncología a fin de poder seguir documentando nuevos hallazgos y contribuyendo a mejorar el estado de ánimo y calidad de vida de mujeres con cáncer en esta fase de supervivencia.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Fundació Oncolliga - Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica por el apoyo prestado. Agradecemos a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital de Mar, que ha contribuido al desarrollo de este proyecto piloto. Nuestro agradecimiento muy especial también a la Dra. Montserrat Freixa. Por último, dar las gracias a las mujeres que han participado en este estudio, por su confianza, implicación y entusiasmo con la música y la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2014. 2014; [Internet]. [Acceso el 10 de marzo de 2015] Disponible en: <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>
2. Die Trill M, Vecino S. El Superviviente de cáncer. Psico-oncología. Madrid: ADES Ediciones; 2003. p. 125-41.
3. Andrés Solana C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología 2005;28:51-7.
4. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. Semin Oncol Nurs 2008;24:193-201. Doi:10.1016/j.soncn.2008.05.007
5. Grupo Español de Pacientes con Cáncer GEPAC. Informe de las necesidades de los supervivientes [Internet]. 2012. [Acceso 1 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.gepac.es/docs/informe_supervivientes.pdf
6. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Largos Supervivientes en Cáncer I. 2012 p. 1-84.
7. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Largos Supervivientes en Cáncer II. 2012 p. 1-62.
8. Arrighi E, Jovell AJ, Navarro MD, Font A. Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC). Psicooncología 2014;11:117-28. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44921
9. Rodríguez E, Font A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. Psicooncología 2013;10:275-87. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
10. Rodríguez E, Font A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología 2013;10:275-87. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
11. Kern de Castro E, Moro L. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postra-

- tamiento del cáncer de mama. *Psicooncología* 2012;9:453-65. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
12. Narváez A, Rubiños C, Gómez R, García A, Cortés-Funes F. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivoconductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;5:93-102.
 13. Blázquez A, Nierga J, Javierre C. Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. *Psicooncología*. 2011; 8:31-43. Doi:10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.3
 14. Carballo P, Martí P. Musicoterapia y Oncología: Una experiencia con un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Música Ter Comun* 2008;28:27-42.
 15. Collette N. Arteterapia y cáncer. *Psicooncología* 2011;8:81-99. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.7
 16. Martí P, Carballo P. Musicoterapia y cáncer de mama. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en Medicina Aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial Médica Jims.; 2010. p. 251-70.
 17. WFMT. World Federation for Music Therapy WFMT [Internet]. What is music therapy? 2011 [Acceso 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
 18. American Music Therapy Association (AMTA) [Internet]. Definition and quotes about music therapy [Internet]. [Acceso 26 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>
 19. Alvin J. *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós; 1984.
 20. Maranto CD. A classification model for Music and Medicine. Applications of Music in Medicine. Washington, DC: National Association for Music Therapy, 1991. p.1-6.
 21. Dileo C. Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *J Soc Integr Oncol* 2006;4:67-70. Doi: 10.2310/7200.2006.002
 22. Standley JM. Investigación sobre música en el tratamiento médico. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en medicina aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial Médica Jims.; 2010. p. 1-63.
 23. Munro S, Mount B. Music therapy in palliative care. *Can Med Assoc J* 1978;119:1029-34.
 24. O'Callaghan C, Hiscock R. Interpretive subgroup analysis extends modified grounded theory research findings in oncologic music therapy. *J Music Ther* 2007;44:256-81. Doi: 10.1093/jmt/44.3.256
 25. Magill L. Role of music therapy in integrative oncology. *J Soc Integr Oncol* 2006;4:79-81. Doi: 10.2310/7200.2006.009
 26. Aldridge D. Music Therapy research in the medical literature. *Music therapy research and practice in medicine from out of silence*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1996. p 59-84.
 27. Bellamy MA, Willard PB. Music Therapy: An integral component of the oncology experience. *Int J Arts Med* 1993;11:14-9.
 28. Hilliard RE. The use of music therapy in meeting the multidimensional needs of hospice patients and families. *J Palliat Care* 2001;17:161-6.
 29. Kruse J. Music therapy in United States cancer settings: Recent trends in practice. *Music Ther Perspect* 2003;21:89-98. Doi:10.1093/mt/p21.2.89
 30. Mandel SE, Davis BA, Secic M. Effects of music therapy on patient satisfaction and health-related quality of life of hospital inpatients. *Hosp Top* 2014;92:28-35. Doi: 10.1080/00185868.2014.906830.
 31. O'Brien EK. Cancer patients' evaluation of a music therapy program in a public adult hospital. En: Rebollo Pratt R, Grocke DE, editors. *Music Medicine 3*. Parkville. Victoria: University of Melbourne, 1999. p. 285-300.

32. O'Kelly J, Koffman J. Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliat Med* 2007;21:235-41. Doi:10.1177/0269216307077207
33. Porchet-Munro S. Music therapy perspectives in palliative care education. *J Palliat Care* 1993;9:39-42.
34. Hanser S. Music therapy in adult oncology: Research issues. *J Soc Integr Oncol* 2006;4:62-6.
35. Domar AD, Eyvazzadeh A, Allen S, Roman K, Wolf R, Orav J, et al. Relaxation techniques for reducing pain and anxiety during screening mammography. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:445-7. Doi: 10.2214/ajr.184.2.01840445
36. Haun M, Mainous RO, Looney SW. Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behav Med* 2001;27:127-32. Doi:10.1080/08964280109595779
37. Zhou K, Li X, Yan H, Dang S, Wang D. Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chin Med J (Engl)* 2011;124:2321-7. Doi:10.1016/j.ejcn.2014.07.010
38. Li X-M, Yan H, Zhou K-N, Dang S-N, Wang D-L, Zhang Y-P. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: Results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 2011;128:411-9. Doi:10.1007/s10549-011-1533-z
39. Li X, Zhou K, Yan H, Wang D, Zhang Y. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: A randomized clinical trial. *J Adv Nurs*. 2012;68:1145-55. Doi:0.1111/j.1365-2648.2011.05824.x
40. Bulfone T, Quattrin R, Zanotti R, Regatin L, Brusaferrero S. Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holist Nurs Pract* 2009;23:238-42. Doi:10.1097/HNP.0b013e3181aeceee.
41. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *J Music Ther* 2007;44:242-55. Doi:10.1093/jmt/44.3.242
42. Frank JM. The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum* 1985;12:47-52.
43. Gimeno MM. El uso de la música y la imagen en oncología. En: Martí P, Mercadal-Brotons M, editores. *Musicoterapia en medicina aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial Médica Jims, 2010.p.237-50.
44. Good M, Picot BL, Salem SG, Chin CC, Picot SF, Lane D. Cultural differences in music chosen for pain relief. *J Holist Nurs* 2000;18:245-60. Doi:10.1177/089801010001800306
45. Sabo CE, Michael SR. The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. *Cancer Nurs* 1996;9:283-9. Doi:10.1097/00002820-199608000-00004
46. Standley JM. Clinical application of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Ther Perspect* 1992;10:27-35. Doi:10.1093/mtp/10.1.27
47. Tilch S, Haffa-Schmidt U, Wandt H, Kappauf H, Schafer K, Birkmann J. Supportive music therapy improves mood states in patients undergoing myeloblastic chemotherapy. *Bone Marrow Transpl* 1999;23(Suppl.1):566.
48. Bozcuk H, Artac M, Kara A, Ozdogan M, Sualp Y, Topcu Z, et al. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Med Sci Monit* 2006;12:CR200-5.
49. Serra Vila M. Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo [Internet]. [Acceso 26 de febrero de 2015]. [Barcelona]: Universitat Ramon Llull; 2013. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/108962/TESIS%20MIREIA%20SERRA%20VILA_URL.pdf?sequence=3

50. O'Callaghan C, Sproston M, Wilkinson K, Willis D, Milner A, Grocke D, et al. Effect of self-selected music on adults' anxiety and subjective experiences during initial radiotherapy treatment: A randomised controlled trial and qualitative research. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2012;56:473-7. Doi: 10.1111/j.1754-9485.2012.02395.x
51. Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, Redlin-Frazier S, Eck C, Hepworth JT, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *J Music Ther* 2006;43:247-65. Doi:10.1093/jmt/43.3.247
52. Smith M, Casey L, Johnson D, Gwede C, Riggins OZ. Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:855-62.
53. Chuang C-Y, Han W-R, Li P-C, Song M-Y, Young S-T. Effect of long-term music therapy intervention on autonomic function in anthracycline-treated breast cancer patients. *Integr Cancer Ther* 2011 ;10:312-6. Doi: 10.1177/1534735411400311.
54. Beggs C. Life review with a palliative care patient. Case studies in Music Therapy. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers; 1991. p. 611-6.
55. Curtis S. The effects of music on pain relief and relaxation of the terminally ill. *J Music Ther*. 1986;23:10-24. Doi:10.1093/jmt/23.1.10
56. Hilliard RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *J Music Ther* ;40:113-37. Doi:10.1093/jmt/40.2.113
57. Hogan BE. The experience of music therapy for terminally ill patients; a phenomenological research project. En: Rebollo Pratt R, Erdonmez-Grocke D, editores. *Music Medicine*. Melbourne: University of Melbourne, 1999. p.242-52.
58. Magill L. The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. *J Palliat Care* 2001;17:167-72.
59. Mandel SE. The role of the music therapist on the hospice/palliative care team. *J Palliat Care* 1993;9:37-9.
60. Martin JA. Martin JA. Music therapy at the end of life. En: Bruscia KE, editor. *Case studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 1991. p. 617-32.
61. Mramor KM. Music therapy with persons who are indigent and terminally ill. *J Palliat Care*; 2001;17:182-7.
62. Nakayama H, Kikuta F, Takeda H. A pilot study on effectiveness of music therapy in hospice in Japan. *J Music Ther* 2009;46:160-72. Doi:10.1093/jmt/46.2.160
63. O'Kelly J. Music therapy in palliative care: Current perspectives. *Int J Palliat Nurs* 2002;8:130-6. Doi:10.12968/ijpn.2002.8.3.10249
64. Salmon D. Music therapy as psychospiritual process in palliative care. *J Palliat Care* 2001;17:142-6.
65. West T. Psychological issues in hospice music therapy. *Music Ther Perspect* 1994;12:125-9. Doi: 10.1093/mtp/12.2.117
66. Whittall J. Whittall, J. En: Bruscia KE, editor. *Case studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers; 1991.p.603-10.
67. Włodarczyk N. The effect of music therapy on the spirituality of persons in an in-patient hospice unit as measured by self-report. *J Music Ther* 2007;44:113-22. Doi:10.1093/jmt/44.2.113
68. Allen JL. The effectiveness of group music psychotherapy in improving the self-concept of breast cancer survivors. 2010. University of Temple. [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2015] Disponible en: <http://digital.library.temple.edu/cdm/ref/collection/p245801coll10/id/104147>
69. Conradi Stark J. Perceived benefits of group music therapy for breast cancer survivors: mood, psychosocial well-being, and quality of life. Michigan State University; 2012. [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2015] Disponible

- en: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2602&context=etd>
70. Stordahl JJ. The influence of music on depression, affect, and benefit finding among women at the completion of treatment for breast cancer [Internet]. ProQuest Dissertations and Theses. University of Miami;; 2009. [Internet]. [Acceso 10 de febrero de 2015] Disponible en: http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1336&context=oa_dissertations
 71. Burns DS. The effect of the bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *J Music Ther* 2001;38:51-65. Doi:10.1093/jmt/38.1.51
 72. Burns DS, Sledge RB, Fuller LA, Daggy JK, Monahan PO. Cancer patients' interest and preferences for music therapy. *J Music Ther* 2005;42:185-99. Doi:10.1093/jmt/42.3.185
 73. Cassileth BR, Vickers AJ, Magill LA. Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: A randomized controlled trial. *Cancer* 2003;98:2723-9. Doi: 10.1002/cncr.11842
 74. Krout RE. The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2001;18:383-90. Doi:10.1177/104990910101800607
 75. McDougal Miller D. The effect of music therapy on the immune and adrenocortical systems of cancer patients. University of Kansas, Lawrence.; 1992.
 76. Martí P, Mercadal-Brotons M. Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas. Barcelona: Editorial Médica Jims.; 2010.
 77. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70. Doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
 78. McNair DM, Lorr M, Droppelman LF. ED-ITS manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational & Industrial Testing Service; 1992.
 79. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76. Doi:10.1093/jnci/85.5.365
 80. Caro I, Ibáñez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992;36:43-69.
 81. Fuentes Y, García Merita M, Melià JL, Balaguer Y. Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS). IV Congreso de Evaluación Psicológica, 21-24 de Septiembre. Santiago de Compostela. España; 1994.
 82. Arrarás JJ, Arias de la Vega F, Illarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *An Sist Sanit Navarra* 2011;34:9-20. Doi:10.4321/S1137-66272011000100002
 83. Waldon EG. The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *J Music Ther* 2001;38:212-38. Doi:10.1093/jmt/38.3.212
 84. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *Cochrane database Syst Rev* 2011;8. Art. No.: CD006911. Doi: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.
 85. Dvorak A. Music therapy support groups for cancer patients and caregivers [Internet]. University of Iowa; 2011. [Internet]. [Acceso 1 de febrero de 2015] Disponible en: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2602&context=etd&unstamped=1>

86. Huang S-T, Good M, Zauszniewski JA. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47:1354-62. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
87. Magill-Levreault L. Music therapy in pain and symptom management. *J Palliat Care* 1993;9:42-8.
88. Zimmerman L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R. Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *West J Nurs Res* 1989;11:298-309. Doi:10.1177/019394598901100304
89. Gimeno MM. The effect of music and imagery to induce relaxation and reduce nausea and emesis in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Music Med* 2010;2:174-81, Doi:10.1177/1943862110374622
90. Hanser SB, Bauer-Wu S, Kubicek L, Healey M, Manola J, Hernandez M, et al. Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *J Soc Integr Oncol*;2006;4:116-24. Doi:10.2310/7200.2006.014

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

En esta sección se exponen seguidamente los principales aspectos objeto de discusión, y en base a las hipótesis planteadas en la presente tesis.

HIPÓTESIS 1:

Hipótesis 1.1.:

La revisión de literatura científica realizada mostrará algunas de las aportaciones de la musicoterapia a la oncología, e identificará algunas de las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente con cáncer.

Diversos estudios de musicoterapia muestran cómo la intervención a través de la música puede ofrecer interesantes aportaciones a los enfermos con cáncer a lo largo de su proceso oncológico, como el alivio del malestar físico, la mejora del estado anímico, la distracción de las preocupaciones, o la facilitación de procesos comunicativos, entre otros aspectos. Esta publicación ha permitido recoger, sintetizar y fundamentar algunos de los efectos de las intervenciones con musicoterapia para cubrir las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente oncológico. Asimismo, este artículo ha ofrecido una visión global de esta disciplina aplicada en este contexto, destacando algunos aspectos relacionados con el marco teórico y metodológico, y contribuye a reforzar y justificar la eficacia de la música como una modalidad más de intervención en el tratamiento integral del cáncer.

HIPÓTESIS 2:

Hipótesis 2.1.:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia afectará positivamente en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer. Esta mejora se manifestará en el post-tratamiento en:

- *Una disminución en el post-tratamiento de las puntuaciones de las subescalas de Tensión, Depresión, Cólera, y Fatiga así como un aumento de la puntuación en la subescala de Vigor de la escala POMS-A. (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

El POMS-A presenta en los tres estudios una disminución en el Índice de Alteración Emocional en el post-tratamiento, obteniendo un cambio significativo únicamente en el primer y tercer estudio. Con respecto a las subescalas de Tensión, Depresión y Cólera, éstas presentan una disminución en los tres estudios, alcanzando significación estadística únicamente para la variable Tensión en el primer y tercer estudio así como para Depresión en el primero de ellos. A excepción del primer estudio, la subescala Fatiga ha mostrado una disminución sin significación estadística del síntoma al final del tratamiento, lo que apunta hacia una dirección de cambio deseado. No obstante, en ese primer estudio esta misma variable y síntoma ha empeorado incluso a un nivel estadísticamente significativo. La subescala Vigor presenta también divergencia en los resultados de los estudios: el segundo estudio es el único que obtiene una mejora en este síntoma a nivel post-tratamiento, mientras que en los otros dos obtiene un empeoramiento del mismo. Ninguno de ellos muestra estos cambios a un nivel estadísticamente significativo. Dos comentarios se deben hacer respecto a estas dos subescalas. En primer lugar, y tal y como se ha señalado en los respectivos artículos, la variable fatiga no suele responder de manera tan clara a intervenciones con musicoterapia (Bradt et al., 2011), y esto sería congruente con los resultados obtenidos. En segundo lugar, mencionar el hecho de que este programa de musicoterapia ha ido dirigido a incidir directamente sobre la dimensión emocional de la persona, y por tanto sobre las variables Tensión y Depresión. Los aspectos que tienen que ver con la dimensión física, como son el Vigor y la Fatiga, no han sido directamente abordados. Boldt (1996), por su parte, diseñó un estudio específicamente dirigido a abordar aspectos relacionados con el confort y resistencia física, entre otros, y sí obtuvo resultados interesantes en estas variables.

Por otro lado, la falta de significación en las subescalas del POMS-A podría ser atribuido al hecho de haber utilizado una versión reducida de este cuestionario, de modo que este instrumento no haya resultado suficientemente sensible para recoger todo el malestar emocional de los participantes. No obstante, utilizar un cuestionario más extenso supondría alargar el tiempo de administración, cuando los problemas de atención y concentración, tanto en pacientes con tratamiento activo como en aquellos casos en los que ya lo han finalizado, son un hecho.

Hipótesis 2.2.:

- Una disminución (en el post-tratamiento) de las puntuaciones de las subescalas Ansiedad y Depresión de la escala HAD. (**Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3**)

El análisis del HAD refleja, en general, unas puntuaciones que se corresponden con unos niveles bajos de sintomatología ansiosa-depresiva. Si bien el análisis individual de los sujetos indica algunos casos con patología clínica para ambas subescalas, éstos quedan diluidos entre las puntuaciones de sujetos que no presentan patología clínica o únicamente la presentan a un nivel subclínico.

La subescala HAD-Ansiedad revela unas puntuaciones más altas que en Depresión. Esto es así en los tres estudios. El primer estudio es el único que ha obtenido un cambio con significación estadística, y el único que presenta puntuaciones de sintomatología ansiosa a nivel clínico, que pasan a estado subclínico al finalizar el tratamiento. En los otros estudios (estudio 2 y 3) las puntuaciones parten ya de un estado de normalidad y de caso subclínico, finalizando ambos en estado de normalidad. En estos dos estudios, la subescala HAD-Depresión se sitúa en el pre- y post-tratamiento en estado de normalidad. Esta subescala ha detectado un estado de caso subclínico en la muestra del primer estudio, que finaliza también en estado de normalidad.

Algunas reflexiones surgen de este análisis. En primer lugar, destacar el hecho de la poca sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los sujetos de esta investigación, bien sea porque estos sujetos no presentan distrés emocional, o bien porque este instrumento no ha logrado captar dicho malestar. Llama la atención el hecho de que la muestra del primer estudio es precisamente la que presenta unos niveles mayores de distrés emocional (sintomatología ansiosa a nivel clínico), una muestra que fue derivada por una profesional de la psicooncología previa primera visita de soporte psicológico en la que había detectado malestar emocional, y que se ajusta más al perfil de muestra esperada para este estudio. La poca significación estadística obtenida parece corresponderse con la poca sintomatología a tratar con una intervención de musicoterapia. De cara a futuras investigaciones, sería recomendable contar con una muestra de sujetos que presenten mayor distrés emocional, contar con la ayuda de profesionales de la psicooncología para realizar este tipo de cribado mediante instrumentos estandarizados como el HAD y la observación clínica, así como aumentar el tamaño de la muestra.

Hipótesis 2.2.:

La participación en las sesiones de musicoterapia de grupo de 90 minutos de duración afectará positivamente en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer. Esta mejora se manifestará en el post-sesión en:

- *Una disminución en las puntuaciones de los ítems de Ansiedad y Tristeza de la EVN. (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

La musicoterapia parece ser un abordaje terapéutico adecuado para mejorar la ansiedad y tristeza de los pacientes con cáncer. Esto se evidencia con los resultados estadísticamente significativos recogidos en estas variables en los tres estudios, y que recogen los cambios en el estado anímico percibido por los propios participantes en el mismo momento de finalizar la sesión (post-sesión) en comparación con el inicio de la misma (pre-sesión).

No obstante, las puntuaciones medias de cada uno de estos ítems de la EVN, presentan unas puntuaciones más bien bajas en el pre-test. Al igual que sucedía con respecto a la escala HAD, el primer estudio presenta unas puntuaciones iniciales que indican mayor malestar emocional que los otros dos. Este hecho vuelve a llevar a reflexionar sobre establecer un nuevo criterio de inclusión de pacientes que presenten una mayor presencia de malestar emocional así como un mayor tamaño de muestra. Pese a ello, la EVN parece ser un instrumento que es sensible al efecto del tratamiento de musicoterapia. La inmediatez y concreción temporal con la que se administra este test, parece haber ayudado a los participantes a observar su estado emocional y a tomar consciencia de los cambios que pueden haberse producido tras finalizar la sesión. Esta es una diferencia importante con respecto a los tests comentados anteriormente, en los que se pide a los participantes que valoren los ítems en base a los últimos siete días. Este hecho podría explicar, en parte, la falta de significación estadística de muchas de las escalas y subescalas comentadas anteriormente, junto con la presencia de otras variables interfirientes durante ese marco temporal.

- *Una disminución en las puntuaciones de los ítems de Malestar Físico de la EVN. (Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3)*

Con respecto a la variable malestar físico post-sesión, la EVN parece haber sido también sensible al efecto del tratamiento de musicoterapia en los dos estudios, mejorando la percepción del malestar físico. Los participantes han tenido la oportunidad de observar su estado físico antes de la sesión y a detectar aquellos cambios obtenidos al finalizar la misma. Los resultados significativos obtenidos en esta dimensión permiten apuntar que las estrategias de relajación acompañadas de música juntamente con las otras técnicas y actividades de musicoterapia implementadas en la sesión, hayan podido ayudar a modular cambios en esta dimensión.

No obstante, conviene señalar el hecho de que esta variable permite una interpretación amplia de los síntomas, de modo que en futuras investigaciones sería importante poder concretarla más con ítems específicos sobre dolor, tensión física, o incluso incorporar la variable fatiga y vigor para estudiar si existen correlaciones con las subescalas del POMS-A.

HIPÓTESIS 3:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia afectará positivamente en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer una vez finalizado el tratamiento. Esta mejora se manifestará en el post-tratamiento en:

- *Un aumento de las puntuaciones en la Escala de Salud Global/Calidad de Vida Global y en las Escalas de Funcionamiento de la EORTC. (Artículo 3 y 4 – Estudio 2 y 3)*

El cuestionario de la EORTC-QLQ-C30 ha obtenido resultados interesantes en la escala de Funcionamiento Emocional. En el tercer estudio ha obtenido significación estadística y, en el segundo, una puntuación con un cambio notable en esta subescala, por encima de las otras. Esto sería consistente con el tipo de intervención realizada, dirigida precisamente a trabajar sobre esta dimensión. El segundo estudio ha mejorado en Funcionamiento Físico, mientras que el tercero ha

empeorado, hecho que en este último caso podría relacionarse, a su vez, con el empeoramiento en la subescala Vigor. Las otras subescalas de Funcionamiento Cognitivo, Social y de Rol, pese a que sin significación, apuntan hacia una dirección de cambio deseado, y por tanto, de mejora. La Escala de Calidad de Vida Global no ha obtenido cambios significativos. En un estudio se produce un aumento de este índice al acabar el tratamiento, mientras que en el otro se mantiene prácticamente igual. En el primer caso, que corresponde a la muestra con pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, las puntuaciones pre- y post-tratamiento se sitúan en un rango inferior al del segundo, con la muestra de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia. Las puntuaciones en todas las escalas y subescalas de este cuestionario muestran unas puntuaciones que se sitúan siempre por encima de la media, y que indicarían un nivel de calidad de vida medio y medio-alto.

La variable calidad de vida es un constructo multidimensional, constituido a su vez por otras dimensiones o factores (Arrarás et al., 2011). Dicha variable, además de ser evaluada mediante instrumentos específicamente diseñados para medirla, puede ser también sensible a otras variables relacionadas con aspectos físicos (dolor, relajación, tensión, etc.) y/o psicológicos (ansiedad, tristeza,...), que están interconectados y que se ven mutuamente influenciados. Las intervenciones musicoterapéuticas pueden tener una influencia en los procesos fisiológicos y psicológicos, y pueden contribuir a una disminución tanto del malestar físico como del estrés emocional (Sarafino, 2008). Tal y como se ha mostrado y expuesto en cada artículo, la información recogida mediante el *CVPMT* ha permitido recoger descripciones realizadas por los participantes sobre sus experiencias vividas en este programa, que podrían también influir y contribuir a en su calidad de vida.

HIPÓTESIS 4:

La participación en un tratamiento de ocho sesiones de musicoterapia mostrará una valoración positiva del programa una vez finalizado el tratamiento. Esta valoración positiva se manifestará en el post-tratamiento en:

- *Los ítems relacionados con la ayuda del programa para la mejora del estado de ánimo (durante la sesión) (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

6. DISCUSIÓN

Los resultados de los tres estudios indican que los participantes han percibido que el programa les ha ayudado a mejorar su estado de ánimo durante la sesión. La valoración más alta corresponde al tercer estudio, en el que el 75% de las participantes supervivientes de un cáncer de mama lo valoran de manera máxima con “Mucho”, y el 25% restante considera que ha sido de “Bastante” ayuda. Estos datos se aproximan a los obtenidos en el cuestionario de valoración del programa del estudio de Dvorak (2011), en el que la mejora del estado de ánimo fue el beneficio mejor puntuado, con un 88,89%, por parte de sus participantes. En el caso del primer estudio, el programa fue valorado como de “Mucha” ayuda en un 63,63% de los casos y como “Bastante” en el 36,36% restante. En el segundo estudio, el 72,22% y, por tanto, la mayor parte de los pacientes con cáncer colorrectal estimaron que fue de “Bastante” ayuda, mientras que el 27,77% lo puntuaron como “Mucho”.

En base a los resultados obtenidos a partir de este cuestionario, se puede afirmar que el programa ha podido influir positivamente en la percepción de mejora del estado de ánimo. Este instrumento de tipo cualitativo, diseñado *ad hoc*, parece haber recogido este cambio positivo percibido por los participantes, en comparación a los instrumentos estandarizados, a juzgar por los resultados obtenidos y comentados anteriormente. No obstante, se ha de ser prudente con estas conclusiones, en tanto que las muestras de estos estudios son pequeñas, no hay grupo control, y no nos permite generalizar los resultados.

- *Los ítems relacionados con la ayuda del programa para la disminución de la ansiedad y tristeza en el día a día (fuera de la sesión) (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

El estudio con pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y el de mujeres supervivientes de cáncer de mama presenta unos resultados similares en cuanto a la percepción de ayuda del programa para disminuir la ansiedad en el día a día: un 33,33% y 37,50% respectivamente, consideran que ha ayudado “Mucho”, el 50% para ambos casos “Bastante”, y un 16,66 % y 12,50% ha ayudado “Un poco”. En el caso del primer estudio, esta percepción ha sido algo inferior: el 45,45% consideran

que ha ayudado “Bastante”, el 36,36% considera que “Un poco” y el 18,18% “Mucho”.

Con respecto a la tristeza, los resultados presentan una valoración algo inferior. Un 45,45% de los participantes del primer estudio lo valoran como de “Un poco” de ayuda, el 40,90% de “Bastante” y el 13,63% como “Mucho”. El segundo estudio, con los enfermos de cáncer colorrectal, la valoración ha sido de un 33,33% para las tres respuestas “Mucho”, “Bastante” y “Un poco”. En el tercer estudio, el 75% de las mujeres supervivientes de cáncer de mama lo ha valorado como “Bastante”, el 12,5% como “Mucho” y el 12,5% restante como “Un poco”.

Los resultados obtenidos en este ítem relacionado con la contribución del programa fuera de la sesión son inferiores a los obtenidos en el ítem anterior (durante de la sesión). Profundizando en este hecho, y de cara a próximos estudios, sería recomendable incidir más en la importancia de dar pautas y estrategias de práctica de determinadas estrategias acompañadas con música en el día a día de los pacientes participantes, y por tanto, en momentos fuera de la sesión propiamente. Ello llevaría a una mayor integración de recursos de auto-cuidado en el día a día, y probablemente contribuirá a una autorregulación emocional más autónoma.

- *Los ítems relacionados con la ayuda del programa para el aprendizaje de estrategias de autorregulación emocional (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

En esta tesis se han analizado cinco estrategias dirigidas a promover una autorregulación emocional. Se analiza a continuación cada una de ellas.

- o Expresión de emociones y sentimientos

Un estudio de Kruse (2003), desarrollado en Estados Unidos para determinar las tendencias de práctica clínica en el contexto oncológico, reveló que la expresión de emociones y sentimientos es un objetivo siempre presente en las intervenciones llevadas a cabo por musicoterapeutas de este ámbito. Autores como Winner (1982, citado en Gfeller, 2000) hablan de la música como “el lenguaje de las emociones”, dada su asociación con la expresión emocional. Gaston, (1968), por su parte, se refería a la música como un potente medio comunicador, que facilita la expresión y comunicación de sentimientos y emociones, mostrando su eficacia como catalizador de emociones.

6. DISCUSIÓN

Los resultados del tercer estudio revelan que el programa ha sido de mucha ayuda para las participantes: un 87,5% (“Mucho”) y un 12,5% (“Un poco”). En el primer estudio la expresión de emociones y sentimientos ha sido valorada como “Mucho” en un 27,27%, “Bastante” en un 50% y “Un poco” en un 22,72%. En el segundo, las valoraciones han sido: un 27,77% “Mucho” y un 72,22% “Bastante”.

o Hablar de la enfermedad

Magill-Levreault (1993) habla de la capacidad que tiene la música para promover la expresión y comunicación, así como para reducir el sentimiento de aislamiento que suele comportar una situación de cáncer al reunir a los pacientes. Ofrecer la oportunidad de hablar y compartir experiencias personales con otras personas enfermas que están pasando por una situación similar es una de las funciones que tienen las intervenciones en grupo (Die Trill, 2014; Herrero et al., 2010). Burns, Sledge, Fuller, Daggy, y Monahan (2005) enfatizaron la importancia de dedicar un tiempo en las sesiones a hablar de las preferencias musicales de los pacientes, combinando el enfoque verbal con el no verbal propio de la música. En la presente investigación, se ha seguido esta recomendación al diseñar este programa y tal y como ha quedado recogido en la *Hoja de Registro y Observación de Conductas*, se ha podido comprobar cómo el hecho de hablar de preferencias musicales ha ayudado a su vez a hablar de otros aspectos personales y relacionados con la situación de enfermedad y de vida.

Los resultados indican que esta estrategia ha sido de ayuda, especialmente para los enfermos afectados de cáncer colorrectal (un 50% “Mucho”, un 38,88% “Bastante” y un 11,11% “Un poco”) y para las mujeres de cáncer de mama (un 25% “Mucho” y un 62,50 “Bastante” y un 12,5% “Un poco”). La configuración homogénea en cuanto al diagnóstico de cada muestra podría explicar esta mejor valoración en estos dos grupos. Asimismo, y tal como señalan algunos autores, los aspectos psicosociales del cáncer colorrectal no han sido demasiado estudiados y son muy pocas las intervenciones realizadas con este perfil de pacientes oncológicos hasta el momento (Soriano, Fernández de Larrea, Blasco, Hausmann, & Guerra, 2010). El cáncer de mama ha sido mucho más frecuentemente abordado en la literatura y a nivel comunitario, si bien es cierto que son pocos los estudios llevados a cabo con mujeres que se

encuentran en fase de supervivencia del cáncer de mama. Por otra parte, y con respecto al primer estudio configurado por pacientes con diferentes tipos de cáncer, éste ha obtenido una valoración algo más inferior en esta estrategia: un 27,27% “Mucho”, un 45,45% “Bastante” y un 27,27% “Un poco”.

- Distracción y evasión de preocupaciones

La musicoterapia cuenta con técnicas de tipo activo así como pasivo-receptivo, que invitan a los sujetos participantes a implicarse en las actividades propuestas. Vivir un cáncer suele ser una experiencia cognitivamente muy absorbente, y suele ir acompañada de dificultades en la atención y concentración en otros estímulos o actividades más placenteros. Sarafino (2008) habla de la música como un potente estímulo distractor, que permite reducir la percepción del malestar físico, entre otros aspectos. A fin de potenciar esta función distractora de la música, y a ayudar a los pacientes con cáncer a distraerse de sus preocupaciones, es fundamental ofrecer una tarea y actividad musical que resulte motivadora y que sea de su agrado. En su estudio, Burns et al. (2005) enfatizaron la importancia de tener en cuenta las características y preferencias de cada paciente para conseguir una mayor implicación y participación. Dvorak (2011), por su parte, expresa la importancia de incluir una variedad de técnicas de musicoterapia en las sesiones, dado que las respuestas a la música son diferentes, y permitir así a los participantes que puedan explorar nuevas y diferentes maneras de utilizar la música de manera terapéutica en su día a día.

Las respuestas individuales a la música son diferentes según cada persona. Este programa ha seguido la recomendación de la revisión Cochrane (Bradt et al., 2011) de utilizar no solo técnicas pasivo-receptivas sino también técnicas activas a fin de poder trabajar adecuadamente las necesidades del paciente oncológico y los correspondientes objetivos terapéuticos. Ello ha contribuido a facilitar una mayor implicación y participación. Las anotaciones recogidas en la *Hoja de Observación y Registro de Conductas* indican que, si bien, en los momentos iniciales de la intervención, los participantes mostraban cierta reticencia ante propuestas musicoterapéuticas más interactivas y de mayor grado de implicación, esta reticencia e inseguridad se ha ido reduciendo progresivamente, y los pacientes han ido mostrando mayor seguridad y disfrute ante las mismas.

6. DISCUSIÓN

Los resultados del primer y segundo estudio han sido valorados de manera bastante similar: respectivamente, un 45,45% y un 50%, considera que les ha ayudado a distraerse “Mucho”, un 45,45% y 38,88% “Bastante”, y un 9,09% y 11,11% “Un poco”. El tercer estudio presenta unas valoraciones algo más elevadas: un 62,50% “Mucho” y un 37,50% “Bastante”.

○ Relajación y disminución de tensiones

Una de las funciones más conocidas de la música es su capacidad para elicitar estados de relajación. En este programa, y siguiendo la recomendación de algunos autores, el diseño de las actividades de relajación acompañada de música ha tenido en cuenta criterios de selección de música relajante, utilizando músicas basadas en las preferencias musicales de los participantes, dándoles opción de controlar determinados aspectos del entorno así como ayudándoles a entender cómo influyen los elementos de la música en el estado anímico, la conducta y las respuestas físicas (Martí, 2009; Standley, 2010; Thaut & Davis, 1993; Unkefer, 1990). Todo ello ha ayudado muy posiblemente a lograr una buena acogida de esta estrategia por parte de los pacientes que han participado en estos estudios.

En el primer estudio, las puntuaciones “Mucho” y “Bastante” han sido valoradas con un 40,90% y “Un poco” con un 18,18%. El segundo, presenta resultados algo similares: “Mucho” 50%, “Bastante” 38,88%, y “Un poco” 11,11%, mientras que el tercero presenta una valoración más elevada: un 75% “Mucho” y el 25% restante “Bastante”.

○ Interacción con los compañeros del grupo (socialización)

Los resultados obtenidos en cada estudio han sido, respectivamente, los siguientes: un 59,09%, 55,55% y 87,5% de los participantes lo ha valorado como “Mucho” y un 40,90, 44,44% y 12,5% como “Bastante”. Thayer Gaston (1968), un pionero y referente de la musicoterapia, hablaba ya de la música como un agente socializador. Experiencias anteriores realizadas con pacientes oncológicos han mostrado como la musicoterapia en grupo puede ayudar a promover la interacción social y a crear un espacio en el que compartir experiencias personales, además de dar apoyo a los demás (Allen, 2010; Carballo & Martí, 2008; Conradi, 2012; Martí & Carballo, 2010; Tobia, Shamos, Harper, Walch, & Currie, 1999; Waldon, 2001).

- *Los ítems relacionados con la utilidad y recomendación del programa (Artículo 2, 3 y 4 – Estudio 1, 2 y 3)*

La utilización de la música con fines terapéuticos es lo que ha podido ayudar a que los participantes hayan considerado esta experiencia como útil. Si bien es cierto que la música tiene un poder principal motivador importante, el hecho de haber abordado las necesidades de los pacientes y profundizado en aquellos aspectos no resueltos ha podido ser de ayuda para los participantes y percibido como muy útil por una gran mayoría de ellos. A continuación se especifican los resultados obtenidos en cada estudio, de manera respectiva: el 50%, 66,66% y 75% lo consideran de utilidad como “Mucho”; el 45,45%, 27,77% y 25% como “Bastante”, y tan solo el 4,54% y 5,55% (del primer y segundo estudio) como “Un poco”.

Respecto al ítem relacionado con la recomendación del programa a otras personas con cáncer, los resultados se muestran mucho más unificados: el 81,81%, 66,66% y el 100% lo recomendaría “Mucho”, y el 22,22% y 38,33% (del primer y segundo estudio) lo recomendarían “Bastante”.

Por último, cabe señalar que el CVPMT ha mostrado ser un instrumento cualitativo de gran utilidad para recoger la propia percepción y experiencia de los pacientes. Los resultados indican una buena valoración del programa. Asimismo, las descripciones recogidas en cada uno de los artículos aportan un tipo de información desde una perspectiva diferente. Paralelamente, poder recoger las vivencias y testimonios de los participantes a partir de su libre expresión personal aporta una información cualitativa que puede complementar a la cuantitativa o incluso ayudar a interpretarla de un modo algo distinto. En futuras investigaciones podría ser interesante incluir en el cuestionario algún ítem adicional relacionado con la dimensión física. Esto iría a su vez relacionado con lo sugerido en el apartado anterior de la EVN, en la que se apuntaba también, como línea de futuro, incluir algún ítem más concreto sobre síntomas físicos.

Además de los aspectos directamente relacionados con las hipótesis planteadas, se considera que es importante comentar otros aspectos, que tienen que ver con la muestra. Es cierto que una de las limitaciones de este estudio es el tamaño pequeño de la muestra, el carecer de una muestra aleatorizada, y no haber contado con un grupo

control. Al objetivo principal de estos estudios, de estudiar el efecto de la musicoterapia en una serie de variables psicológicas de los pacientes, se ha sumado también el poder analizar cómo este tipo de programas pueden incluirse progresivamente en los servicios de los hospitales. Es por ello que la muestra fue totalmente asignada al grupo experimental, hecho que contribuía a una coordinación más fácil entre los profesionales que colaboraban en el estudio y la musicoterapeuta.

En los tres estudios, la muestra presenta también problemas de heterogeneidad que, en este caso, pueden ser atribuidos al proceso de derivación y a unos criterios de inclusión demasiado amplios. No obstante, se debe señalar que los problemas de heterogeneidad son frecuentes en muchos centros hospitalarios, en los que también se encuentran dificultades para formar grupos de soporte psicológico para enfermos con la misma patología y que se comprometan a participar con regularidad en el grupo (Die Trill, 2014). Cada cáncer conlleva un tratamiento distinto, comporta unos efectos secundarios diferentes así como unas secuelas específicas y una mayor homogeneidad entre los participantes favorece el desarrollo de la cohesión grupal y el abordaje de cuestiones más específicas e intervenciones más focalizadas. Esto se ha podido constatar más en los dos grupos configurados por diagnósticos homogéneos, el de cáncer colorrectal y el de mujeres supervivientes de cáncer de mama, en comparación con el primer estudio. Aún y así, de cara a futuros estudios, se recomendaría acotar más las variables sociodemográficas para poder abordar determinadas cuestiones y preocupaciones en la sesión de una manera más directa y todavía más adaptada a las necesidades de cada participante, así como las variables clínicas, relacionadas con el tipo de tratamientos actuales y recibidos antes de iniciar el programa de musicoterapia. Asimismo, sería interesante realizar un análisis más exhaustivo de estos dos tipos de variables. Otra cuestión clave, y muy recomendable, y ya enfatizada anteriormente, sería establecer como criterio de inclusión a aquellos sujetos que presentan un mayor grado de malestar emocional en cuanto a nivel de ansiedad y depresión, y disponer de una muestra también más homogénea en cuanto a este aspecto, algo fundamental en investigaciones que tratan de estudiar el estado anímico.

Finalmente, es importante reflexionar sobre el tema de la adherencia y asistencia al programa de musicoterapia. La falta de adherencia y asistencia a programas de soporte psicológico en grupo es un hecho frecuente y ha sido abordado por algunos autores del campo de la psicooncología (Arrighi, Jovell, & Navarro, 2010; Hernández

et al., 2012), hecho que también sucede y ha sido referenciado en el campo de la musicoterapia (Gimeno, 2008; Hanser, 2006; Serra, 2013; Standley, 1992). En dos de los tres estudios realizados en el marco de esta tesis, llama la atención el alto porcentaje de sujetos que no se ha adherido al programa o cuya asistencia ha sido baja. Esta pérdida de sujetos en el estudio se ha producido en dos momentos temporales del programa y se corresponden con la fase de derivación y con la fase de tratamiento. En la primera fase se detecta el siguiente porcentaje de sujetos que no llega a participar en ninguna sesión, pese a haber sido invitados por mostrar interés en el programa: un 31,11% en el primer estudio con en el grupo de personas con diferentes tipos de cáncer, y un 39,02% en el de personas con cáncer colorrectal. Tal y como se ha comentado en los artículos, algunas de las razones que explican este hecho tiene que ver con cambios en la dinámica del día a día (problemas familiares, solapamiento del horario con otros tratamientos médicos) y también por razones de desconfianza y/o desconocimiento sobre la utilidad del programa, prejuicios y miedos por “no tener estudios musicales”, etc.). Este último hecho es motivo de reflexión, en tanto que la musicoterapia es una disciplina emergente en nuestro país, con una población que puede no estar todavía suficientemente bien informada sobre sus posibles beneficios. Además, el malestar físico y emocional así como la incertidumbre que suelen acompañar al enfermo de cáncer a lo largo de su proceso de enfermedad pueden no ayudar a decidirse por iniciar un tratamiento nuevo y desconocido, e incluso puede resultar difícil de asumir o abrumador. Una de los aspectos que puede haber interferido en estos momentos, podría tener que ver con el tiempo de espera durante el proceso de configuración de los grupos y la pérdida de motivación. Es por ello que se recomendaría cuidar este aspecto, agilizando así el proceso de derivación. Este hecho no ha quedado reflejado en el tercer estudio, en el que únicamente se ha perdido un sujeto, y correspondería a un 8,33%.

El otro momento temporal tiene que ver con la fase de tratamiento. En el contexto oncológico, muchas son las variables que pueden dificultar o impedir la asistencia y adherencia a los programas terapéuticos en general, y también a las sesiones de musicoterapia: solapamiento de visitas con el oncólogo y/o otros profesionales, analíticas y/o otras pruebas médicas, así como malestar físico derivado de los tratamientos, complicaciones y/o progresión de la enfermedad, o en algunos casos, incluso debido al éxitus del paciente. En esta investigación se han excluido del análisis estadístico a aquellas personas que presentaban un porcentaje de asistencia inferior al

6. DISCUSIÓN

50% o que no habían realizado los post-tests. Los tres estudios presentan unos datos muy similares: un 29,03%, un 28% y un 27,27% respectivamente. Esto ha representado una mayor exigencia en el tratamiento estadístico, y es un hecho que contrasta con el diseño de otro tipo de estudios que se pueden encontrar en el campo de la musicoterapia, que analizan el efecto terapéutico de la música en intervenciones basadas en una sesión única (Bradt et al., 2011).

Antes de concluir esta discusión, es necesario destacar como puntos fuertes de este programa haber incluido la figura de un musicoterapeuta profesional en el contexto médico-hospitalario, un contexto en el que suelen darse muchas intervenciones más de música y medicina, y no siempre quedan suficientemente reconocidas las intervenciones de musicoterapia propiamente. La presencia de esta figura profesional en las unidades de oncología, todavía poco presente y poco conocida en estos hospitales, ha permitido establecer un trabajo de coordinación con otros miembros del equipo e implementar un nuevo programa de estas características en cada hospital, además de difundir la contribución de esta nueva modalidad no farmacológica de intervención. Y sobre todo: haber podido ofrecer a las personas enfermas diagnosticadas de cáncer una experiencia no invasiva, agradable y gratificante, en un entorno hospitalario que, hasta ese momento, ellos consideraban como “difícil, amenazador, duro e invasivo”.

6. DISCUSIÓN

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

En base a las hipótesis planteadas para esta Tesis Doctoral, así como a otras cuestiones comentadas a lo largo de la misma, se exponen seguidamente las conclusiones generales de los tres estudios realizados.

- *Con respecto a la variable estado de ánimo pre- y post-tratamiento:*

El análisis cuantitativo de los resultados pre- y post-tratamiento de la variable estado de ánimo, ansiedad y depresión muestran, en general, una disminución de las puntuaciones en la mayoría de subescalas del pre- al post-tratamiento, lo que significaría una mejora del malestar emocional, hecho que apuntaría hacia la línea de cambio esperado. No obstante, no alcanza significación estadística de manera consistente en los tres estudios.

La falta de significación estadística podría ser atribuida al hecho de haber utilizado una versión reducida de uno de los cuestionarios, de modo que este instrumento no haya resultado suficientemente sensible para recoger todo el malestar emocional de los participantes. Aún y así, la opción de administrar una versión más extensa de este cuestionario debería valorarse con detenimiento, dados los problemas de atención y concentración que presentan tanto los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento oncológico activo como aquellos que ya los han finalizado. Otra posible razón que explicaría esta falta de significación podría atribuirse a la poca sintomatología ansiosa-depresiva que presentan inicialmente los sujetos de esta investigación, ya sea porque tienen poco distrés emocional o porque estos instrumentos no hayan logrado detectar dicho malestar.

- *Con respecto a la variable estado de ánimo pre- y post-sesión:*

El análisis de resultados obtenidos en el pre- y post-sesión expone una total concordancia entre los tres estudios, mostrando un cambio y mejora estadísticamente significativas en todas las variables. Este tipo de medida, recogida a nivel inmediato en el momento antes y después de finalizar la sesión, parece ser más sensible para detectar malestar y mejora emocional que los otros tests y mediciones a nivel de pre- y post-tratamiento.

7. CONCLUSIONES

- *Con respecto a la variable calidad de vida pre- y post-tratamiento:*

El análisis cuantitativo no ha mostrado un cambio significativo en esta variable, a excepción de la dimensión emocional que sí ha revelado significación estadística en uno de los dos estudios en los que ha sido analizada. Es un resultado congruente con el diseño y objetivo del programa de tratamiento, y con los resultados obtenidos en previas investigaciones en este campo.

Esto lleva a plantear nuevas reflexiones sobre el modo en que debería ser abordada esta variable en futuros estudios. Por una parte, sería importante valorar si la administración del mismo test en su totalidad y con el módulo específico, permitiría recoger más información sobre aspectos relacionados con esta variable, si bien debería al mismo tiempo considerarse si los tiempos más largos de administración del test resultarían ser adecuados al estado cognitivo y físico de los pacientes. Por otra parte, y dado que la calidad de vida es un constructo multidimensional, se plantea la posibilidad de incorporar ítems que hagan referencia a ella en aquellos instrumentos de carácter cualitativo, diseñados *ad hoc*, como puede ser el cuestionario de valoración del programa, entre otros.

- *Con respecto a la valoración del programa de musicoterapia:*

Del análisis cualitativo llevado a cabo a partir del cuestionario de valoración, se puede afirmar que el programa ha sido útil en cuanto a ayudar a mejorar el estado anímico durante la sesión, y aunque algo menos, también durante el día a día (fuera de la sesión), a aprender estrategias de autorregulación emocional, a considerar esta experiencia como útil, y a recomendarla a otros participantes.

- *Con respecto a los instrumentos de evaluación:*

El instrumento de tipo cualitativo, diseñado *ad hoc*, parece haber detectado mejor el cambio positivo percibido por los participantes, en comparación a los instrumentos estandarizados, a juzgar por los resultados obtenidos y comentados anteriormente. El instrumento administrado antes y después de la sesión parece ser más sensible al cambio percibido por los participantes en su estado emocional y físico, y se podría explicar por el hecho de que los pacientes podrían ser más conscientes de los cambios experimentados justo en el momento de finalizar la

7. CONCLUSIONES

sesión, mientras que no lo serían tanto en el momento de administración de un test post-tratamiento, en que han pasado más días desde la última sesión de musicoterapia.

- *Con respecto a la muestra:*

Una de las limitaciones de esta investigación es el tamaño pequeño de la muestra, el carecer de una muestra aleatorizada y no haber contado con un grupo control, así como la heterogeneidad de la misma. De cara a futuras investigaciones se deberían restringir más las variables sociodemográficas y clínicas.

Otra cuestión muy recomendable sería establecer como criterio de inclusión a aquellos sujetos que presentan un mayor grado de distrés emocional contando con la ayuda de profesionales de la psicooncología para realizar este tipo de cribado mediante la administración instrumentos estandarizados y la observación clínica en vez de solo la utilización de esta última y disponer de una muestra también más homogénea en cuanto a este aspecto.

- *Con respecto a los resultados:*

Dadas las características de este diseño de programa y de la muestra, es conveniente ser prudente con la generalización de los resultados, y tomar estos datos como resultados preliminares que aportan información interesante y apuntan hacia nuevas líneas de investigación.

- *Con respecto al diseño del programa:*

Aumentar la frecuencia de sesiones por semana podría ayudar a reducir los problemas de falta de adherencia y asistencia al tratamiento.

La presencia de un musicoterapeuta profesional en el contexto médico-hospitalario, el trabajo de coordinación con los equipos médicos y el haber introducido una nueva modalidad de intervención en las unidades de estos hospitales, podrían ser considerados como aspectos novedosos y de especial relevancia de esta investigación.

7. CONCLUSIONES

Las experiencias piloto que se han iniciado en estas unidades, han permitido obtener resultados preliminares con una información relevante para el diseño de nuevos programas ya sea en las mismas unidades o en otras de estos centros hospitalarios, para posteriormente poder reajustar estos programas de musicoterapia a las particularidades y necesidades de cada institución.

- *Con respecto a esta tesis:*

Los artículos realizados en el marco de esta tesis han permitido contribuir con nuevas publicaciones al cuerpo teórico-práctico de la disciplina de la musicoterapia, aportando experiencias llevadas a cabo en proyectos piloto en hospitales a nivel nacional y sus resultados.

Y finalmente, como conclusión general, destacar que esta experiencia ha permitido acercar la música y la musicoterapia a pacientes diagnosticados de cáncer en un entorno hospitalario, ofreciendo una experiencia no invasiva, terapéutica y gratificante, acompañándolas en su proceso de enfermedad y vida, y ayudándolas en el proceso de experimentar y aprender estrategias musicales que contribuyan a la mejora de su estado anímico y de su calidad de vida.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-76. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8433390>
- Aitken, R. C. (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62(10), 989-93. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1810824&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Aldridge, D. (1996). Music Therapy research in the medical literature. En *Music Therapy Research and Practice in Medicine. From out of silence*. (pp. 59-84). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Allen, J. L. (2010). *The effectiveness of group music psychotherapy in improving the self-concept of breast cancer survivors*. (Tesis Doctoral) Temple University, Philadelphia (PA). Recuperada de: <http://digital.library.temple.edu/cdm/ref/collection/p245801coll10/id/104147>
- Almanza, J. J., Rosario, I., Silva, J., & De la Huerta, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 15-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf>
- American Music Therapy Association (AMTA). (2015). *Definition and Quotes about Music Therapy / Definition and Quotes about Music Therapy*. Recuperado de 2015, a partir de <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- American Music Therapy Association (AMTA). (2005). *Member Sourcebook*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., & Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrarás, J. J., Arias de la Vega, F., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E., Domínguez, M. A., & Vera, R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 34(1), 9-20.
- Arrarás, J. L., Tejedor, M., Illarramendi, J. J., Pruja, E., Marcos, M., Arias, F., & Al., E. (2001). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama de la EORTC, QLQ-BR23. Estudio psicométrico con una muestra española. *Psicología Conductual*, 9(1), 81-98.
- Arrarás, J. L., Vera, R., Manterola, A., Martínez, M., Arias, F., Martínez, E., & et al. (2003). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer colorrectal EORTC QLQ-CR38. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, 26, 285-292.
- Arrighi, E., Jovell, A. J., & Navarro, M. D. (2010, octubre 30). El valor terapéutico en oncología. la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. *Psicooncología*. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44921
- Bailey, L. M. (1983). The Effects of Live Music versus Tape-Recorded Music on Hospitalized Cancer Patients. *Music Therapy*, 3(1), 17-28.
- Bailey, L. M. (1984). The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *Music Therapy*, 1(4), 5-17.
- Bárez, M. (2003). *Relación entre Percepción de Control y Adaptación a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer de Mama*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperada de <http://www.tdx.cat/handle/10803/120/browse?value=B%C3%A1rez+Villoria%2C+Milagros&type=author>
- Barreto, P., Ferrero, J., & Toledo, M. (1993). La intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 4(3), 252-262. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1993/vol3/arti5.htm>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barton, D., & Bauer-Wu, S. (2009). The emerging discipline of integrative oncology. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 23(11 Suppl Nurse Ed), 46-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856609>
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. MADrid: Alianza Editorial.
- Bechtold, M. L., Puli, S. R., Othman, M. O., Bartalos, C. R., Marshall, J. B., & Roy, P. K. (2009). Effect of music on patients undergoing colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Digestive Diseases and Sciences*, 54(1), 19-24. doi: 10.1007/s10620-008-0312-0. Epub 2008 May 16.
- Beck, S. L. (1991). The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncology nursing forum*, 18(8), 1327-37. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1762973>
- Bellamy, M. A., & Willard, P. B. (1993). Music Therapy: An integral component of the oncology experience. *International Journal of Arts Medicine*, II(1), 14-19.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133 - 142. doi:DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Boldt, S. (1996). The Effects of Music Therapy on Motivation, Psychological Well-Being, Physical Comfort, and Exercise Endurance of Bone Marrow Transplant Patients. *Journal of Music Therapy*, 33(3), 164-188. doi:10.1093/jmt/33.3.164
- Bonde, L. O. (2005). *The Bonny Method of guided imagery and music (BMGIM) with cancer survivors. A psychosocial study with focus on the influence of BMGIM on mood and quality of life*. (Tesis doctoral). Aalborg University (DK).
- Bozcuk, H., Artac, M., Kara, A., Ozdogan, M., Sualp, Y., Topcu, Z., ... Savas, B. (2006). Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 12(5), CR200-5. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16641876>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bradt, J., & Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD007169. doi: 10.1002/14651858.CD007169.pub2.
- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD006902. doi:10.1002/14651858.CD006902.pub3
- Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), 9-11. doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2.Copyright
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD006908. doi:10.1002/14651858.CD006908.pub2
- Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L., & Brusaferrero, S. (2009). Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holistic nursing practice*, 23(4), 238-42. doi: 10.1097/HNP.0b013e3181aeceee.
- Bunt, L., & Marston-Wyld, J. (1995). Where words fail music takes over: A collaborative study by a music therapist and a counselor in the context of cancer care. *Music Therapy Perspectives*, 13(1), 46-50.
- Burns, D. S. (2001). The effect of the bonny method of guided imagery and music on the mood and life quality of cancer patients. *Journal of music therapy*, 38(1), 51-65. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11407965>
- Burns, D. S., Sledge, R. B., Fuller, L. A., Daggy, J. K., & Monahan, P. O. (2005). Cancer patients' interest and preferences for music therapy. *Journal of music therapy*, 42(3), 185-99. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16086604>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cai, G. R., Li, P. W., & Jiao, L. P. (2001). [Clinical observation of music therapy combined with anti-tumor drugs in treating 116 cases of tumor patients]. *Zhongguo Zhong xi yi jie he za zhi Zhongguo Zhongxiyi jiehe zazhi . Chinese journal of integrated traditional and Western medicine*, 21(12), 891-4. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12575587>
- Carballo, P., & Martí, P. (2008). Musicoterapia y Oncología: Una experiencia con un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Música, Terapia y Comunicación*, 28, 27-42.
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Cassileth, B. R., Vickers, A. J., & Magill, L. A. (2003). Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*, 98(12), 2723-9. doi:10.1002/cncr.11842
- Cella, D. F., Jacobsen, P. B., Orav, E. J., Holland, J. C., Silberfarb, P. M., & Rafla, S. (1987). A Brief POMS Measure of Distress for Cancer Patients. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 939-942.
- Chuang, C.-Y., Han, W.-R., Li, P.-C., Song, M.-Y., & Young, S.-T. (2011). Effect of long-term music therapy intervention on autonomic function in anthracycline-treated breast cancer patients. *Integrative cancer therapies*, 10(4), 312-6. doi:10.1177/1534735411400311
- Clark, M., Isaacks-Downton, G., Wells, N., Redlin-Frazier, S., Eck, C., Hepworth, J. T., & Chakravarthy, B. (2006). Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. *Journal of music therapy*, 43(3), 247-65. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17037953>
- Conradi, J. (2012). *Perceived benefits of group music therapy for breast cancer survivors: mood, psychosocial well-being, and quality of life*. (Tesis doctoral). Michigan State University. Recuperada de <http://etd.lib.msu.edu/islandora/object/etd:1242/datastream/OBJ/view>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruzado, J. A. (2014). Terapias cognitivo-conductuales. En J. A. Cruzado (Ed.), *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (pp. 171-201). Madrid: Pirámide.
- Davis, W. B., & Gfeller, K. E. (2000). Musicoterapia: Una perspectiva histórica. En W. B. Davis, K. E. Gfeller & M. H. Thaut (Eds.), *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. (pp. 3-35). Barcelona: Boileau.
- De Cáceres, M.L., Ruiz, F., Germà, J. R., & Carlota, C. (2007). Adaptándonos a la situación: aspectos psicológicos. En *Manual para el paciente oncológico y su familia*. (pp. 44-83). Barcelona: Pfizer Oncología. Recuperado de <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>
- Del Olmo, M. J. (2009). *Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en Cuidados Intensivos Pediátricos*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Recuperada de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3718/25734_olmo_barros_mjesus_del.pdf?sequence=
- Deng, G. E., Cassileth, B. R., Cohen, L., Jyothirmmai, G., Johnstone, P. A. S., Kumar, N., & Vickers, A. J. (2007). Integrative Oncology Practice Guidelines. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 5(2), 65–84. Recuperado de <https://integrativeonc.org/docman-library/docs/36-sio-practice-guidelines-2007/file>
- Die Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4(2-3), 405-415.
- Die Trill, M. (2014). Terapia grupal en oncología. En J. A. Cruzado (Ed.), *Manual de psicooncología* (pp. 321-340). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Dileo, C. (2006). Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 67-70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442338>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dokter, D. (1995). *Arts Therapies and Clients with Eating Disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Domar, A. D., Eyvazzadeh, A., Allen, S., Roman, K., Wolf, R., Orav, J., ... Baum, J. (2005). Relaxation techniques for reducing pain and anxiety during screening mammography. *AJR. American journal of roentgenology*, 184(2), 445-7. doi:10.2214/ajr.184.2.01840445
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A., & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of the rheumatic diseases*, 37(4), 378-81. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1000250&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Dvorak, A. (2011). *Music therapy support groups for cancer patients and caregivers*. (Tesis Doctoral). University of Iowa, Iowa City (IA). Recuperada de <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2602&context=etd&unstamped=1>
- Ezzone, S., Baker, C., Rosselet, R., & Terepka, E. (1998). Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncology nursing forum*, 25(9), 1551-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9802051>
- Ferrer, A. J. (2007). The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of music therapy*, 44(3), 242-55. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645387>
- Font, A., & Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*, 1(1), 67 - 86. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110067A>
- Font, A., & Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 423 - 446. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220423A/15646>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frank, J. M. (1985). The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncology nursing forum*, 12(5), 47-52. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3898031>
- Fuentes, Y., García Merita, M., Melià, J. L., & Balaguer, Y. (1994). Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS). En *IV Congreso de Evaluación Psicológica, 21-24 de Septiembre*. Santiago de Compostela. España.
- Gaston, T. E. (1968). *Music in therapy*. (Gast, Ed.). New York: The Macmillan Company.
- Gfeller, K. E. (2000). La Música: Un fenómeno Humano y un Medio Terapéutico. En W. B. Davis, K. E. Gfeller, & M. H. Thaut. *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. (pp. 36-61). Barcelona: Boileau.
- Gimeno, M. M. (2008). *The Effect of Music and Imagery to Induce Relaxation and Reduce Nausea and Emesis in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Treatment*. (Tesis doctoral). University of the Pacific, NJ.
- Gimeno, M. M. (2010). El uso de la música y la imagen en oncología. En P. Marti y M. Mercadal-Brotons (Eds.), *Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas*. (pp. 237-250). Barcelona: Editorial Médica Jims.
- González, A., Montesinos, F., Eguino, A., Paredes, M. G. de, Fernández, B., & Yélamos, C. (2007). «Mucho x vivir»: atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 417 - 422. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220417A>
- Groen, K. M. (2007). Pain assessment and management in end of life care: a survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of music therapy*, 44(2), 90-112. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17484524>
- Hanser, S. B. (2006). Music therapy in adult oncology: research issues. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 62-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442337>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hanser, S. B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., Healey, M., Manola, J., Hernandez, M., & Bunnell, C. (2006). Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(3), 116-24. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442346>
- Haun, M., Mainous, R. O., & Looney, S. W. (2001). Effect of music on anxiety of women awaiting breast biopsy. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 27(3), 127-32. doi:10.1080/08964280109595779
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis care & research*, 63 Suppl 1, S240-52. doi:10.1002/acr.20543
- Hayes, M. H., & Pattersons, D. G. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 98-99.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A., & Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895
- Hernández, M., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Revista de Psicología de Clínica y Salud*, 24(1), 1-9. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Herrero, O., Rodríguez, E., Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., & Pacheco, M. (2010). Percepción de las pacientes con cancer de mama sobre aspectos de ayuda en psicoterapia de grupo. *Análisis y Modificación de conducta*, 36(153-154), 43-62. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6068/Percepcion_de_los_pacientes_con_cancer.pdf?sequence=2

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hilliard, R. E. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of music therapy*, 40(2), 113-37. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14505443>
- Holland, J., & Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- Horne-Thompson, A., & Grocke, D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal of palliative medicine*, 11(4), 582-90. doi:10.1089/jpm.2007.0193
- Kruse, J. (2003). Music therapy in United States cancer settings: recent trends in practice. *Music Therapy Perspectives*, 21, 89-98.
- Kwekkeboom, K. L., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 4(3), 112-23. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14566709>
- Li, X.-M., Yan, H., Zhou, K.-N., Dang, S.-N., Wang, D.-L., & Zhang, Y.-P. (2011). Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*, 128(2), 411-9. doi:10.1007/s10549-011-1533-z
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., ... Sitges, E. (2000). Validación de la Escala HAD en Pacientes Oncológicos. *Revista Psicología de la Salud*, 12(2), 127-155.
- Madsen, C. (1999). Five International Models of Music Therapy Practice. IX World Congress of Music Therapy. En *A Behavioral Approach to Music Therapy*. Washington, DC.
- Magill, L. (2001). The use of music therapy to address the suffering in advanced cancer pain. *Journal of palliative care*, 17(3), 167-72. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11816757>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Magill, L. (2006). Role of music therapy in integrative oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4(2), 79-81. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19442341>
- Magill-Levreault, L. (1993). Music therapy in pain and symptom management. *Journal of palliative care*, 9(4), 42-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8133409>
- Marsh-Richard, D. M., Hatzis, E. S., Mathias, C. W., Venditti, N., & Dougherty, D. M. (2009). Adaptive Visual Analog Scales (AVAS): A Modifiable Software Program for the Creation, Administration, and Scoring of Visual Analog Scales. *Behavior Research Methods*, 41(1), 99-106. doi:10.3758/BRM.41.1.99
- Martí, P. (2009). Guía Didáctica: Musicoterapia, Relajación con Música. En: M. Teixidor & E. Pont (Coord.). XX Aniversario de la formación en terapias naturales. Intervenciones autónomas de enfermería. (pp. 100-115). Barcelona: Fundació “la Caixa”.
- Martí, P., & Carballo, P. (2010). Musicoterapia y cáncer de mama. En P. Martí y M. Mercadal-Brotons (Eds.), *Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas*. (pp. 251-270). Barcelona: Editorial Médica Jims.
- Mateos, L. A. (2011). *Terapias Artístico Creativas: Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1993). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. (Mosby, Ed.). St. Louis.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppelman, L. F. (1992). *EDITS manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational & Industrial Testing Service.
- McQuellon, R. P., Wells, M., Hoffman, S., Crave, B., Russell, G., Cruz, J., ... Savage, P. (1998). Reducing Distress in Cancer Patients with an Orientation Program. *Psycho-Oncology*, 7, 207-217.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mercadal-Brotons, M. (2000). La Musicoterapia Conductista. En M. Betés de Toro (Ed.), *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 309-317). Madrid: Morata.
- Munro, S., & Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association journal*, 119(9), 1029-34. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1819041&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Narváez, A., Rubiños, C., Gómez, R., García, A., & Cortés-Funes, F. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivoconductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93 - 102.
- National Cancer Institute. (2014). *Coping – Adjusting to Cancer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (CAM). (2015). *Complementary and Alternative Medicine*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/complementaryandalternativemedicine.html>
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2012). *Clinical Practice in Oncology. Distress Management*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17323529>
- O’Callaghan, C. (2012). Grounded theory in music therapy research. *Journal of music therapy*, 49(3), 236-77. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23259230>
- O’Callaghan, C., & Hiscock, R. (2007). Interpretive subgroup analysis extends modified grounded theory research findings in oncologic music therapy. *Journal of music therapy*, 44(3), 256-81. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645388>
- O’Callaghan, C., & McDermott, F. (2004). Music therapy’s relevance in a cancer hospital researched through a constructivist lens. *Journal of music therapy*, 41(2), 151-85. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15307812>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- O'Callaghan, C., Sproston, M., Wilkinson, K., Willis, D., Milner, A., Grocke, D., & Wheeler, G. (2012). Effect of self-selected music on adults' anxiety and subjective experiences during initial radiotherapy treatment: a randomised controlled trial and qualitative research. *Journal of medical imaging and radiation oncology*, 56(4), 473-7. doi: 10.1111/j.1754-9485.2012.02395.x. Epub 2012 May 28.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La relación entre la salud física y la salud mental. Trastornos concurrentes. En *Día Mundial de la Salud Mental*. Génova. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L. E., ... Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 59 - 73. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120059A>
- Puente, J. (2015). *Información sobre el cáncer y cómo se desarrolla*. Recuperado de <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>)
- Ribes, J., Esteban, L., Clèries, R., Galceran, J., Marcos-Gragera, R., Gispert, R., ... Borrás, J. M. (2014). Cancer incidence and mortality projections up to 2020 in Catalonia by means of Bayesian models. *Clinical & translational oncology : official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 16(8), 714-724. doi:10.1007/s12094-013-1140-z
- Rodríguez, E., & Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología*, 10(2-3), 275-287. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Rudin, D., Kiss, A., Wetz, R. V., & Sottile, V. M. (2007). Music in the endoscopy suite: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Endoscopy*, 39(6), 507-10. doi:10.1055/s-2007-966362

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sabo, C. E., & Michael, S. R. (1996). The influence of personal message with music on anxiety and side effects associated with chemotherapy. *Cancer nursing*, 19(4), 283-9. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8768686>
- Sahler, O. J., Hunter, B. C., & Liesveld, J. L. (2003). The effects of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: A pilot feasibility study. *Alternative Therapies in Health Medicine*, 9(9), 70-74.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (5th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Serra, M. (2013). *Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo*. (Tesis doctoral) Universitat Ramon Llull, Barcelona. Recuperada de <http://www.tdx.cat/handle/10803/108962>
- Smith, M., Casey, L., Johnson, D., Gwede, C., & Riggan, O. Z. (2001). Music as a therapeutic intervention for anxiety in patients receiving radiation therapy. *Oncology nursing forum*, 28(5), 855-862. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11421145>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2014). Las Cifras del Cáncer en España 2014. Recuperado de <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>
- Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. *Musicoterapia*. Recuperado de <http://oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas/terapia-cuerpo-mente/114216-musicoterapia>
- Soriano, M., Fernández de Larrea, N. Blasco, J. A., Hausmann, A., & Guerra, M. (2010). *Cirugía laparoscópica en el cáncer colorrectal. Calidad de vida, impacto emocional y satisfacción de los pacientes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS 2007/2.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Standley, J. M. (1992). Clinical application of music and chemotherapy: The effects on nausea and emesis. *Music Therapy Perspectives*, 10, 27-35.
- Standley, J. M. (2010). Investigación sobre música en el tratamiento médico. En P. Martí y M. Mercadal-Brotons (Eds.), *Musicoterapia en Medicina. Aplicaciones prácticas*. (pp. 1-63). Barcelona: Editorial Médica Jims.
- Stordahl, J. J. (2009). *The influence of music on depression, affect, and benefit finding among women at the completion of treatment for breast cancer*. (Tesis doctoral) University of Miami, FL. Recuperada de http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1336&context=oa_dissertations
- Straw, G. W. (1991). *The use of guided imagery and relaxation for the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy*. (Tesis doctoral) Lakehead University, Ontario, Canada.
- Tam, W. W. S., Wong, E. L. Y., & Twinn, S. F. (2008). Effect of music on procedure time and sedation during colonoscopy: a meta-analysis. *World journal of gastroenterology*, 14(34), 5336-43. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2744067&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Thaut, M. H., & Davis, W. B. (1993). The Influence of Subject-Selected versus Experimenter-Chosen Music on affect, Anxiety, and Relaxation. *Journal of music therapy*, 30(4), 210-223.
- Tilch, S., Haffa-Schmidt, U., Wandt, H., Kappauf, H., Schafer, K., & Birkmann, J. (1999). Supportive music therapy improves mood states in patients undergoing myeloblastic chemotherapy. *Bone Marrow Transplant*, 23(Suppl.1), 566.
- Tobia, D. M., Shamos, E. F., Harper, D. M., Walch, S. E., & Currie, J. L. (1999). The benefits of group music at the 1996 music weekend for women with cancer. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 14(2), 115-9. doi:10.1080/08858199909528592

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Unkefer, R. F. (1990). *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders. Theoretical Bases and Clinical Interventions*. New York: Shirmer Books.
- Waldon, E. G. (2001). The effects of group music therapy on mood states and cohesiveness in adult oncology patients. *Journal of music therapy*, 38(3), 212-38. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570933>
- Weber, S., Nuessler, V., & Wilmanns, W. (1997). A pilot study on the influence of receptive music listening on cancer patients during chemotherapy. *International Journal of Arts Medicine*, 5(2), 27-35.
- Winn, T., & Winn Walker, J. (1996). Music Therapy and Medicine: A Creative Coalition. *Music Therapy Perspectives*, 14, 44-49.
- Winner, E. (1982). *Invented worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- World Federation for Music Therapy. WFMT. (2011). *What is music therapy?* Recuperado de <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Xie, Z., Wang, G., Yin, Z., Liao, S., Lin, J., Yu, Z., & Al., E. (2001). Effect of music therapy and inner image relaxation on quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. *Chinese Mental Health Journal*, 15(3), 176-178.
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2009). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En W. Astudillo, E. Montiano, A. Salinas-Martín, E. Díaz-Albo, y C. Mendinueta (Eds.), *Manejo del cáncer en atención primaria*. (pp. 267-284). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Zhou, K., Li, X., Yan, H., Dang, S., & Wang, D. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese medical journal*, 124(15), 2321-7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933563>

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>

Zimmerman, L., Pozehl, B., Duncan, K., & Schmitz, R. (1989). Effects of music in patients who had chronic cancer pain. *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), 298-309.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ESTADO ANÍMICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

Investigadores: Sra. Patrícia Martí Augé

Nos gustaría invitarle a participar en el estudio *“Efecto de la musicoterapia en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer”* del Hospital en colaboración con Oncolliga – Fundació Lliga Catalana d’Ajuda Oncològica. Este estudio tiene como **objetivo principal** evaluar la eficacia de un tratamiento con musicoterapia para mejorar el estado anímico de las personas diagnosticadas de cáncer. Se quiere conocer si usted se puede beneficiar de una mejora en su estado anímico durante las sesiones de musicoterapia, así como después de las mismas.

El método empleado en este estudio incluye:

- **Registro** de las características clínicas de su caso, obtenidas de la información procedente de su historia clínica.
- **Participación** en un programa de musicoterapia. Este tratamiento consiste en un total de 8 sesiones, de frecuencia semanal y de 90 minutos de duración, en un formato de grupo y con un máximo de 10-12 personas participantes. A lo largo de estas sesiones se le propondrá participar en actividades musicales breves, que han sido diseñadas para facilitar la expresión de emociones y sentimientos, para favorecer estados de relajación, así como para promover la socialización y comunicación entre los participantes del grupo. Todas ellas serán siempre aplicadas con la finalidad de ayudar a los asistentes a mejorar su estado de ánimo.
- **Análisis** de los datos recogidos a partir de las respuestas de los tests y cuestionarios relacionados con el tema de estudio, y administración a nivel individual antes de iniciar el taller de musicoterapia y una vez finalizado éste.

Aunque no se puede garantizar que su participación en el estudio le proporcione un beneficio directo, todas las técnicas y actividades que se aplicarán irán dirigidas a promover la mejora del estado anímico de los participantes y han sido previamente aplicadas, en estudios anteriores, a pacientes oncológicos, mostrando la eficacia de las mismas. Su participación en este estudio requiere que usted vaya semanalmente al hospital, para participar durante 90 minutos en una sesión de musicoterapia. Aún y así, en caso de sentirse indispuesto podrá no asistir a la sesión en aquella ocasión, y reincorporarse libremente a la próxima.

Toda la información relacionada con el estudio es **estrictamente confidencial**. Sus datos se introducirán en una base de datos protegida que hará imposible su identificación mediante un sistema de codificación simple, según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/99). La confidencialidad sobre la identidad de los participantes también se mantendrá en los informes y publicaciones del estudio así como presentaciones en congresos o reuniones científicas.

Si usted decide participar en este estudio, deberá leer con detenimiento y firmar de forma **voluntaria** la hoja de consentimiento informado. Su firma indica que usted conoce la naturaleza y procedimientos del estudio y nos da su consentimiento para participar en el mismo. Su decisión de participar o no, no le compromete a usted ni a sus cuidados médicos posteriores, e incluso en el caso de que decidiera participar, usted es libre de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin deterioro en su asistencia clínica posterior.

Si durante el estudio tuviera alguna duda, podrá contactar y consultar con la Sra. Patrícia Martí –investigadora responsable de este estudio– llamando al teléfono 93 240 58 88 de la Fundació Oncolliga.

Si está de acuerdo en participar, le agradeceremos que firme la hoja de consentimiento informado que adjuntamos.

Barcelona, _____ de _____ de _____

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ESTADO ANÍMICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER

Código del centro _____

Código del paciente _____

PACIENTE:

He leído y entendido toda la información que se me ha facilitado y doy el consentimiento para permitir mi participación en el estudio: *“Efecto de la musicoterapia en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer.”*

Nombre y apellidos: _____

Fecha: ____/____/____

Firmado:

INVESTIGADOR:

Por la presente explico que he informado personalmente de la naturaleza y objetivos del estudio: *“Efecto de la musicoterapia en el estado anímico de los pacientes diagnosticados de cáncer.”* al paciente anteriormente citado.

Nombre y apellidos: _____

Fecha: ____/____/____

Firmado:

ANEXO III**HOJA DE OBSERVACIÓN Y REGISTRO DE CONDUCTAS**

Nombre:		Fecha:	Sesión n°:
Estado anímico:	inicio	durante	final
Actitud:	participativa	colaboradora	otras:
Expresión de sentimientos/emociones:		tristeza frustración impotencia miedo rabia incertidumbre	alegría amor gratitud esperanza serenidad otras:
Verbalizaciones:	positivas	- sobre sí misma - sobre las compañeras - sobre la experiencia musical	
	sobre pérdidas, duelos, cambios	- en su vida - en su entorno	
	sobre dificultades	- en su vida - en su entorno	
Participación:	- audición / análisis lírico: <ul style="list-style-type: none"> ○ hace comentarios ○ trae su música a la sesión ○ comparte sus reflexiones sobre la letra - canto: <ul style="list-style-type: none"> ○ canta con el grupo ○ canta sola - tocar instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ toca instrumentos de percusión rítmica ○ toca instrumentos de percusión melódica ○ toca como solista en algún momento - improvisación instrumental/vocal: <ul style="list-style-type: none"> ○ toca/canta en sintonía con el grupo ○ toma rol de líder del grupo ○ toma rol de apoyo del grupo - danza/movimiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ hace movimientos amplios/distendidos con su cuerpo ○ hace movimientos pequeños/contenidos con su cuerpo 		
- alta (a)			
- media (m)			
- baja (b)			
- no aplicable (n/a)			

Relajación:	a nivel físico	<ul style="list-style-type: none"> - nota cambios corporales (antes/después) - percibe sensaciones corporales: <ul style="list-style-type: none"> ○ de distensión / de tensión
	a nivel físico	<ul style="list-style-type: none"> - nota cambios corporales (antes/después) - percibe sensaciones corporales: <ul style="list-style-type: none"> ○ de distensión / de tensión ○ agradables / desagradables ○ otras...
	a nivel mental	<ul style="list-style-type: none"> - tiene consciencia de sus cambios corporales - es capaz de centrar su atención en la música / voz / cuerpo - es capaz de visualizar una imagen - tiene experiencia de: <ul style="list-style-type: none"> ○ evasión, desconexión ○ paz, tranquilidad ○ otras...

Reproducido, con permiso de la Editorial Médica Jims SL., de:

Martí, P. & Mercadal, M. (Eds.) (2010). *Musicoterapia en Medicina: Aplicaciones prácticas*. Barcelona: Editorial MédicaJims.

ANEXO IV

**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA
DE MUSICOTERAPIA**

(1) Valore en qué medida considera que este programa de musicoterapia le ha ayudado a:

- hablar de su enfermedad:

nada un poco bastante mucho

- expresar sus emociones y sentimientos:

nada un poco bastante mucho

- mejorar el estado de ánimo durante la sesión

nada un poco bastante mucho

- relajarse y soltar tensiones

nada un poco bastante mucho

- distraerse y evadirse de cosas que le preocupan

nada un poco bastante mucho

- relacionarse y comunicarse con sus compañeras/os

nada un poco bastante mucho

(2) ¿Cree que la música y los aspectos abordados en este programa le han ayudado a poder disminuir el nivel de ansiedad en su día a día (fuera de la sesión)?

nada un poco bastante mucho

(3) ¿Y su nivel de tristeza (fuera de la sesión)?

nada un poco bastante mucho

(4) Señale con una cruz las actividades que más le hayan gustado de este programa:

- Audición:

- ☐ escuchar músicas de los/las compañeros/as
- ☐ escuchar mi música y compartirla con los/las compañeros/as
- ☐ escuchar, analizar y reflexionar sobre las letras de las canciones

- Relajación:
 - o practicar la relajación con música de fondo focalizando la atención en las partes del cuerpo
 - o practicar la relajación con música de fondo focalizando la atención en la visualización
 - o practicar la relajación focalizando la atención en el sonido de un instrumento, de objetos naturales,...
- Canto:
 - o cantar la canción de bienvenida/despedita
 - o cantar canciones con los/las compañeros/as
- Tocar instrumentos musicales:
 - o Explorar nuevos instrumentos de percusión
 - o Tocar instrumentos musicales con los/las compañeros/as
 - o Crear arreglos instrumentales sencillos y tocar diferentes ritmos y melodías
- Movimiento con música:
 - o Expresarse con el cuerpo y con gestos
 - o Moverse siguiendo una coreografía estructurada
 - o Moverse libremente y/o bailar

(5) Describa con una palabra, o más, cuál ha sido su experiencia y vivencia de este programa:

.....

(6) ¿Tiene alguna idea o sugerencia para próximos programas de musicoterapia?

.....

(7) ¿Cree que las sesiones le han resultado útiles?

nada un poco bastante mucho

(8) ¿Recomendaría este programa a otras personas?

nada un poco bastante mucho

(9) El lugar y sala de las sesiones ¿le ha parecido adecuado?

nada un poco bastante mucho

Muchas gracias por colaborar y participar en este proyecto.



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 20
al Centre _____
de la Universitat Ramon Llull
davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a
